



RAI-project:

Bevordering van de communicatie tussen zorgverleners betrokken bij de zorg voor oudere afhankelijke personen

Rapport 2007

Van Houdt Sabine
De Corte Elisabeth
Buntinx Frank

Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KULeuven
Kapucijnenvoer 33 blok J
3000 Leuven
www.achg.be

Dankwoord

Dit rapport bevat een weergave van het RAI-project in Limburg. Zonder het enthousiasme, inzet en doorzettingsvermogen van de betrokken huisartsen, zorg- en hulpverleners en overlegcoördinatoren TGZ zou dit project niet mogelijk geweest zijn. Langs deze weg willen wij hen danken voor hun inspanningen.

Deze studie werd op regelmatige tijdstippen opgevolgd door een begeleidingscommissie. De leden van deze commissie hebben deze studie niet alleen inhoudelijk gevolgd en indien nodig bijgestuurd, maar ook op vele manieren praktisch ondersteund. Onze dank hiervoor.

Tot slot danken we de website-ontwikkelaars voor hun deskundigheid en ondersteuning bij dit project.

De onderzoeksploeg

Inhoudstabel

0.	Inleiding	1
1.	Methode.....	2
2.	Beschrijving onderzoekspopulatie	5
3.	Resultaten	11
3.1.	Resultaten logboek helpdesk	11
3.1.1.	Vragen en bemerkingen tijdens het invullen van de MDS/RAI.....	12
3.1.1.1.	Opzet en praktische organisatie.....	12
3.1.1.2.	Het invullen van de MDS/RAI.....	14
3.1.1.3.	De werking van de webapplicatie	15
3.1.2.	Vragen en bemerkingen na het invullen van de MDS/RAI	15
3.1.3.	Moeilijkheden ervaren door de helpdesk	16
3.1.4.	Besluit.....	17
3.2.	Resultaten verslag multidisciplinair overleg	18
3.3.	Resultaten schriftelijke bevraging	19
3.3.1.	Resultaten schriftelijke bevraging OC TGZ.....	19
3.3.1.1.	Organisatie overlegmomenten.....	19
3.3.1.2.	Meerwaarde MDS/RAI	21
3.3.1.3.	Organisatie RAI-project	22
3.3.2.	Resultaten schriftelijke bevraging betrokken zorg- en hulpverleners	23
3.3.2.1.	Invullen MDS/RAI.....	24
3.3.2.2.	Problemen bij het gebruik van de webapplicatie en het invullen van de RAI	26
3.3.2.3.	Meerwaarde MDS/RAI	28
3.3.2.4.	Organisatie RAI-project	31
3.3.2.5.	Besluit.....	32
3.4.	Resultaten mondelinge bevraging	34
3.4.1.	Interview met OC's TGZ	34
3.4.2.	Interview met de huisartsen.....	37
3.4.3.	Interview met de zorg- en hulpverleners	40
3.4.4.	Besluit.....	45
4.	Algemeen besluit.....	47
5.	Aanbevelingen.....	51
Bijlage 1:	Schriftelijke toelichting huisarts	55
Bijlage 2:	Inclusiecriteria	59
Bijlage 3:	Informed consent	60
Bijlage 4:	Vragenlijst OC's TGZ	61
Bijlage 5:	Vragenlijst betrokken zorg- en hulpverleners.....	66
Bijlage 6:	Topic-lijst telefonische interviews.....	74

Tabel 1: patiëntenpopulatie	5
Tabel 2: aantal patiënten per regio	6
Tabel 3: aantal opgestarte MDS/RAI's	6
Tabel 4: aantal betrokken zorgverleners	7
Tabel 5: frequentie van het aantal activeringen per aandachtsdomein.....	9
Tabel 6: aantal georganiseerd overleg sinds 1 jan 2007.....	20
Tabel 7: verloop organisatie overleg	20
Tabel 8: problemen bij de organisatie	20
Tabel 9: meerwaarde MDS/RAI	21
Tabel 10: bespreking aandachtsdomeinen en schalen.....	22
Tabel 11: meerwaarde aandachtsdomeinen voor multidisciplinair overleg.....	22
Tabel 12: veranderingen tegenover vorig jaar.....	23
Tabel 13: responsratio	23
Tabel 14: deelname multidisciplinair overleg sinds 1 januari 2007.....	24
Tabel 15: betrokken bij de zorg of ondersteunende functie	24
Tabel 16: tijdsbesteding bij het invullen van de laatste patiënt.....	25
Tabel 17: moeilijkheidsgraad invullen RAI	26
Tabel 18: problemen bij gebruik webapplicatie en invullen MDS/RAI	27
Tabel 19: contact met de helpdesk	27
Tabel 20: meerwaarde RAI	28
Tabel 21: bespreken aandachtsdomeinen en schalen	29
Tabel 22: redenen voor het niet bespreken van de resultaten (meerdere antwoorden per betrokken zorg- of hulpverlener mogelijk)	29
Tabel 23: meerwaarde aandachtsdomeinen voor multidisciplinair overleg.....	30
Tabel 24: meerwaarde schalen	31
Tabel 25: veranderingen tegenover vorig jaar.....	31
Tabel 26: berekenen en bespreken van resultaten met helpdesk.....	32
Tabel 27: problemen bij het afprinten	32
 Figuur 1: DRS Algoritme	 10
Figuur 2: CPS Cognitieve Performantie Schaal	10
Figuur 3: ADL Hiërarchie algoritme.....	11

0. Inleiding

Door de toenemende chronische zorg wordt onze thuiszorg steeds complexer. Om complexe zorg te organiseren is een assessment van de noden en mogelijkheden van de zorgbehoevende persoon van belang. MDS/RAI is een instrument om de zorgbehoefte bij ouderen **multidisciplinair** in kaart te brengen. Deze inventarisatie van de zorgbehoefte gebeurt door de verschillende visies van de betrokken zorgverleners op een **systematische** wijze te bevragen.

Het inventariseren van de zorgbehoefte door de verschillende betrokken zorgverleners gebeurt als voorbereiding op het teamoverleg. Na het invullen van het MDS/RAI worden een aantal resultaten berekend. Deze resultaten kunnen een leidraad zijn / een structuur bieden voor het teamoverleg (om de zorg te plannen). Eén van de resultaten zijn aandachtsdomeinen. Deze aandachtsdomeinen hebben een signaalfunctie voor mogelijke probleemgebieden bij de oudere in kwestie. De betrokken zorgverleners bespreken tijdens het team of de geactiveerde aandachtsgebieden een probleem zijn. Indien het aandachtsdomein een probleem is, wordt nagegaan of / welke actie nodig is en door welke zorgverlener deze wordt geboden.

Door het systematisch inventariseren van de verschillende visies en het bespreken van de output worden mogelijke “**blinde**” **vlekken** ontdekt.

In Limburg hebben een aantal zorgverleners ervaring in het werken met MDS/RAI. Uit deze ervaring werden enkele leerpunten geformuleerd voor het huidige project. Deze leerpunten komen in belangrijke mate overeen met de besluiten en het implementatieplan van het Interface-project. Het Interface-project (2003-2005) had als doelstelling instrumenten die de zorgbehoefte bij ouderen in kaart brengen met elkaar te vergelijken en na te gaan in welke mate deze instrumenten haalbaar zijn in de praktijk. Daarbij werd MDS/RAI uitgetest. De belangrijkste leerpunten zijn:

- **Kleinschaligheid:** niet de kwantiteit maar de kwaliteit telt. Bijgevolg wordt gekozen om de zorgverleners rond enkele patiënten een **intensieve en persoonlijke begeleiding en ondersteuning** te geven bij het invullen, berekenen en interpreteren van resultaten, zodat de **meerwaarde van MDS/RAI** ten volle kan nagegaan worden.

- De **huisarts heeft een centrale rol**. De bijdrage van de huisarts is noodzakelijk, bijgevolg worden een aantal maatregelen genomen ter ondersteuning van de huisarts:
 - Het project start bij de huisarts. De huisarts selecteert de patiënten.
 - MDS/RAI wordt ingevuld in situaties waarin het een meerwaarde kan hebben.
 - De huisarts krijgt ondersteuning op maat.
- Gebruiksvriendelijke website
- Werkwijze die bij de Limburgse gewoontes aansluit
- De administratie wordt zoveel mogelijk beperkt.

1. Methode

Het project startte met het rekruteren van bereidwillige huisartsen. Aan deze huisartsen werd zowel mondeling als schriftelijk een korte uitleg gegeven over MDS/RAI, de leerpunten en aanpassingen ten opzichte van vorig jaar en de concrete verwachtingen (zie bijlage 1). Er werd aan de huisartsen gevraagd om een drietal patiënten te selecteren waarvoor een multidisciplinair overleg zinvol zou zijn. Om de huisartsen te ondersteunen bij de selectie van enkele patiënten werd een checklist opgesteld (zie bijlage 2).

Ondanks het feit dat de gerekruteerde huisartsen bereid waren om enkele patiënten te selecteren, werden slechts enkele patiënten op deze wijze geïncludeerd. Uit een rondvraag bij de huisartsen bleek dat, hoewel zij verwachtten dat minstens enkele patiënten aan de inclusiecriteria voldeden, zij geen zicht hadden op deze patiëntensituaties. Bijgevolg werd door de begeleidingscommissie beslist om de procedure aan te passen. Aan de thuiszorgorganisaties werd gevraagd om na te gaan of patiënten van de gerekruteerde huisartsen in aanmerking zouden komen voor een multidisciplinair overleg. Vervolgens werd aan deze thuiszorgorganisaties gevraagd om de geselecteerde patiënten met de huisartsen te bespreken en na te gaan of een multidisciplinair overleg voor deze patiënt een meerwaarde zou hebben. Daarbij werden ook de inclusiecriteria uitgebreid (zie bijlage 2).

Door deze nieuwe selectieprocedure werden op korte termijn vele patiënten geselecteerd (meer dan de afgesproken drie patiënten per huisarts). Aangezien een aantal huisartsen uit dezelfde regio afkomstig waren, werden ook de overlegcoördinator TGZ (afgekort OC TGZ) van deze regio overstelp met aanvragen voor een multidisciplinair overleg (www.listel.be).

Bovendien gebeurden deze aanvragen in een moeilijke periode, namelijk de vakantieperiode. Bijgevolg werd besloten om naar bijkomende geïnteresseerde huisartsen in andere regio's te zoeken. Concreet betekent dit dat achttien patiënten in de studie werden geïncludeerd waarvoor om praktisch / organisatorische redenen geen RAI werd opgestart. Bij het bespreken van de resultaten van deze studie werden deze situaties niet meegenomen.

Een tweede aanpassing van het onderzoeksprotocol betreft de overgang van de volledige RAI home care naar de RAI screener. Voor de eerste vijf patiënten werd door de betrokken zorg- en hulpverleners een volledige RAI home care ingevuld. De huisartsen van deze patiënten waren zeer geëngageerd en bereid tot een extra inspanning. Ondanks de meerwaarde van het instrument werd de haalbaarheid in vraag gesteld. Aangezien er een beperktere versie van de RAI home care bestaat (namelijk de RAI screener) zal de tijdsinvestering dalen en de haalbaarheid toenemen. Wat de resultaten betreft, worden enkele aandachtsdomeinen van de RAI home care met de RAI screener niet berekend of minder ondersteund (De Lepeleire ea, 2005). De schalen worden door beide instrumenten berekend. Bijgevolg werd door de begeleidingscommissie beslist om over te gaan van de RAI home care naar de beperkte versie, namelijk RAI screener. Daarbij werd gedacht om aan de betrokken zorg- en hulpverleners te vragen om voor de eerste patiënt de RAI home care in te vullen en voor de volgende patiënten de RAI screener. Op die manier zouden beide instrumenten met elkaar kunnen vergeleken worden (mbt tijdsinvestering, meerwaarde). Aangezien bij het invullen van de RAI een leerproces verwacht wordt (met een daling van de tijdsinvestering vanaf de derde patiënt) en de haalbaarheid een essentieel element is voor de succesvolle implementatie van het instrument, werd besloten om te starten met de RAI screener.

Na informed consent van de patiënt (zie bijlage 3) werden de nodige gegevens van de patiënt en de betrokken zorgverleners aan de centrale helpdesk doorgestuurd. Vervolgens werden door de helpdesk persoonlijk logins voor de webapplicatie aangemaakt, een MDS/RAI voor de patiënt opgestart en de nodige documenten naar de zorgverleners verstuurd. Deze uitbreiding van logistieke ondersteuning ten opzichte van het vorige projectjaar gebeurde naar aanleiding van de ervaren werkdruk van de overlegcoördinatoren TGZ. Het aanmaken van zorgverleners en patiënten en het opstarten van een RAI behoort bovendien tot één van de complexere taken van de webapplicatie. In het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel werden enkele dagen na het versturen van de documenten de huisarts en de contactpersoon zorgverlener gecontacteerd om, indien nodig, ondersteuning te bieden bij het gebruik van de

webapplicatie en / of het invullen van MDS/RAI. De contactpersoon zorgverlener is één van de betrokken zorg – of hulpverleners die het beste zicht heeft op de situatie van de betrokken patiënt. Bij het opstarten van een RAI werd deze zorg- of hulpverlener “verantwoordelijke” voor deze RAI. Ook de andere betrokken zorg- en hulpverleners hadden de mogelijkheid om bij vragen of moeilijkheden de helpdesk te contacteren.

Gezien het belang dat alle betrokken zorg- en hulpverleners hun visie op de situatie van de patiënt geven en de vaststelling dat een aantal zorg- en hulpverleners een drempel ervoeren om de helpdesk te contacteren, werd na de eerste patiëntensituaties besloten om het onderzoeksprotocol aan te passen. De ondersteuning van de helpdesk werd uitgebreid: de helpdesk contacteerde niet alleen de contactpersoon en de huisarts, maar ook alle andere betrokken zorg- en hulpverleners op systematische wijze om de nodige ondersteuning aan te bieden¹.

Nadat MDS/RAI multidisciplinair ingevuld werd, werd de contactpersoon zorgverlener door de helpdesk gecontacteerd om samen te resultaten te berekenen en te bespreken.

Bij de organisatie van het eerste multidisciplinair team werd door de betrokken OC TGZ de vraag gesteld om de resultaten ook met de OC TGZ te bespreken. Volgens de betrokken OC TGZ is het moeilijk een multidisciplinair overleg voor te bereiden, te leiden en te structureren zonder het voorafgaandelijk bespreken van de resultaten. Aangezien ook andere OC TGZ dezelfde mening deelden, werd het onderzoeksprotocol aangepast: niet alleen de contactpersoon zorgverlener, maar ook de OC TGZ werd voor elk multidisciplinair overleg door de helpdesk gecontacteerd.

Dit onderzoeksprotocol werd vervolgens door alle betrokken organisaties / diensten / disciplines conform de Limburgse Code² naar de eigen werking vertaald.

¹ Enkele zorg- en hulpverleners werden, doordat zij bij verschillende zorgsituaties betrokken waren, meermaals door de helpdesk gecontacteerd. Omwille van het leerproces merkten enkele betrokken zorg- en hulpverleners op dat een systematische contactopname door de helpdesk niet meer nodig was.

² De partners van de thuisgezondheidszorg hebben onder elkaar afspraken gemaakt over hoe zij het multidisciplinair overleg rond patiënten in de thuiszorg wensen te organiseren. Deze **afspraken**, waaraan alle eerstelijns hulpverleners in Limburg zich wensen te houden, werden vastgelegd in de **Limburgse Code**, de “Code Samenwerking Thuisverzorging”.

De Limburgse Code bevat een heel bijzondere afspraak (= Limburgs Garantiemodel). Wanneer Limburgse patiënten en/of hun omgeving vinden dat het thuiszorgoverleg niet op hun maat gebeurt, vraagt het regionale SIT aan het lokale OCMW de **garantie** dat via haar ambtenaar de **gesprekstafel** wordt aangeboden. Ook ingeval

Alle vragen en opmerkingen aan de helpdesk werden geregistreerd en geanalyseerd. De verslagen van het multidisciplinair overleg werden opgevraagd om de meerwaarde van de RAI te kunnen nagaan. Aan alle betrokken zorg – en hulpverleners en OC's TGZ werd na afloop van het project een korte vragenlijst gestuurd om te peilen naar de ervaringen (gaande van het invullen van MDS/RAI over het bespreken van de resultaten en de ervaren meerwaarde tot de implementatie van het instrument). Tot slot werden enkele zorgverleners telefonisch gecontacteerd om hun ervaringen aan de hand van een topic-lijst verder te exploreren.

2. Beschrijving onderzoekspopulatie

In totaal werden 58 zorgbehoevende patiënten geïnccludeerd, waarvan 20 mannen en 38 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedraagt 74.88 jaar (zie tabel 1). Tabel 2 geeft een overzicht van het aantal patiënten per regio. Het aantal geïnccludeerde patiënten gaat van 4 tot en met 20 per regio. De meeste patiënten komen uit regio 1 en 2.

Tabel 1: patiëntenpopulatie

	Man	Vrouw	Totaal
Aantal patiënten	20	38	58
Overleden patiënten	1	2	3
Gemiddelde leeftijd ³	74.42	75.33	74.88

zorg- of hulpverleners vinden dat zij onvoldoende aan bod komen of wanneer zij het overleg liever op dit niveau organiseren kan deze vraag aan het OCMW gesteld worden. De inhoud van dit overleg wordt bepaald door alle bij de patiënt betrokken zorg- en hulpverleners. De **ambtenaar van het OCMW** (= overlegcoördinator Thuisgezondheidszorg) maakt geen deel uit van dit thuiszorgteam. Hij zorgt wel voor de **praktische organisatie** ervan.

³ Bij het berekenen van de gemiddelde leeftijd werden de overleden patiënten niet meegeteld.

Tabel 2: aantal patiënten per regio

	Aantal patiënten
Regio 1	20
Regio 2	17
Regio 3	5
Regio 4	4
Regio 5	7
Regio 6	5
Totaal	58

Voor elk van de 58 patiënten werd een RAI opgestart. Wegens overlijden van 3 patiënten tijdens de inputfase, werden deze RAI's niet volledig ingevuld. Omwille van ziekte van de betrokken zorgverlener werd een RAI screener enkel door de huisarts ingevuld. Aangezien er geen nieuwe datum voor het multidisciplinair overleg van deze patiënt bepaald werd, heeft deze betrokken zorgverlener de gegevens voor deze patiënt niet ingevuld. In totaal werden de resultaten van 54 van de 58 opgestarte RAI's berekend. Voor alle geïncludeerde patiënten werd een multidisciplinair overleg gepland om de meerwaarde van de resultaten van RAI te kunnen nagaan. Voor twee patiënten heeft het multidisciplinair overleg door omstandigheden niet kunnen plaatsvinden.

Tabel 3: aantal opgestarte MDS/RAI's

Aantal opgestarte MDS/RAI's	58
<i>RAI Home Care</i>	5
<i>RAI Screener</i>	53

Er werden geëngageerde huisartsen uit zes verschillende regio's gerekruteerd. Aangezien één OC TGZ tijdens de periode van het project op ziekteverlof was en niet vervangen werd, namen 5 OC's TGZ deel aan het project. In totaal waren 13 huisartsen, 14 verpleegkundigen, 4 kinesisten, 2 logopedisten, 8 afdelingen gezinszorg, 4 afdelingen van de sociale dienst en 2 opvangcentra deel. Gemiddeld waren er per patiënt 2.62 zorgverleners betrokken. Binnen diensten gezinszorg en verpleging werd telkens in overleg met de verzorgende / verpleegkundige MDS/RAI door een stafmedewerker / hoofdverpleegkundige ingevuld. Dit

impliceert een dubbele tijdsinvestering voor deze diensten. Door de uitgebreide inventarisatie is de inbreng van de betrokken zorg- en hulpverleners nodig bij het invullen van MDS/RAI. Wettelijk gezien is dit niet mogelijk voor verzorgenden. Bijgevolg werden voor de diensten gezinszorg zowel een stafmedewerker als een verzorgende vrijgesteld om MDS/RAI in te vullen. Bij de diensten verpleging werd MDS/RAI omwille van praktische redenen (namelijk de beschikbaarheid van pc met internetverbinding) door zowel de verpleegkundige (op papier) als de hoofdverpleegkundige (via de webapplicatie) ingevuld – tenzij de hoofdverpleegkundige zelf betrokken zorg- of hulpverlener was. Voor de diensten gezinszorg is de inbreng van de verzorgenden nodig bij het invullen van MDS/RAI. Concreet betekent dat voor de diensten gezinszorg 6 stafmedewerkers en 15 verzorgenden en voor de diensten verpleging 6 hoofdverpleegkundigen en 9 verpleegkundigen bij het project betrokken waren, wat het totaal op 74 betrokken zorgverleners brengt (inclusief de 5 OC TGZ).

Tabel 4: aantal betrokken zorgverleners

Overlegcoördinator	5
Huisarts	13
Verpleegkundige	23
<i>Afdeling WGK</i>	<i>15</i>
<i>Zelfstandig vpk</i>	8
Kinesist	4
Logopedist	2
Gezinszorg	21
Sociale dienst	4
Opvang	2
Totaal	74

De berekende resultaten op basis van de antwoorden van de betrokken zorg- en hulpverleners op de vragen van de RAI geven eveneens een beeld van de geïncludeerde patiënten. De berekende resultaten bestaan uit aandachtsdomeinen en schalen. In wat volgt worden eerst de aandachtsdomeinen besproken, vervolgens worden de resultaten met betrekking tot de schalen toegelicht.

De geactiveerde aandachtsdomeinen hebben een signaalfunctie voor mogelijke probleemgebieden bij de oudere in kwestie⁴. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal

⁴ Deze aandachtsdomeinen worden door de betrokken zorg- en hulpverleners tijdens het multidisciplinair overleg besproken. Daarbij wordt nagegaan of het geactiveerde aandachtsdomein een probleem vormt voor de betrokken

geactiveerde aandachtsdomeinen. Aangezien het aantal mogelijke aandachtsdomeinen tussen RAI home care en RAI screener verschilt, wordt in de tabel een onderscheid gemaakt tussen de resultaten van beide instrumenten. De RAI home care heeft in het totaal 31 aandachtsdomeinen. Bij de vier patiënten waarvoor een RAI home care werd ingevuld, werden gemiddeld 13,75 aandachtsdomeinen geactiveerd. Het minimum aantal geactiveerde aandachtsdomeinen bedraagt 9, het maximum 19. Bij de RAI Screener zijn er per patiënt gemiddeld 7,28 van de 20 aandachtsdomeinen geactiveerd, met een minimum van één aandachtsdomein en een maximum van 15 aandachtsdomeinen per patiënt.

Het aandachtsdomein ‘kans op intramurale opname’ werd zowel bij de RAI screener als de RAI home care het meest geactiveerd. Indien dit aandachtsdomein geactiveerd wordt, bestaat een grote kans dat de patiënt in de komende maanden in een instelling opgenomen wordt. Het doel bij dit aandachtsdomein is het bedenken van ondersteuningsstrategieën, zodat deze persoon thuis kan blijven. Op de tweede plaats staat het aandachtsdomein ‘kwetsbaar hulpsysteem’. Hieruit blijkt dat de geïncludeerde patiënten een mogelijk kwetsbare groep vormen.

Een aantal aandachtsdomeinen werd niet geactiveerd, namelijk omgevingsbeoordeling, bovenmatig alcoholgebruik en IADL: waarschijnlijke verbetering. Daarbij merken we op dat deze aandachtsdomeinen enkel bij de volledige RAI home care kunnen berekend worden. Deze aandachtsdomeinen werden berekend op basis van de gegevens van vier patiënten. Het minst geactiveerde aandachtsdomein is ‘omgevingsbeoordeling’. Indien we enkel kijken naar de aandachtsdomeinen die door zowel RAI home care als RAI screener kunnen berekend worden, werd het aandachtsdomein ‘uitdroging’ het minst vaak geactiveerd.

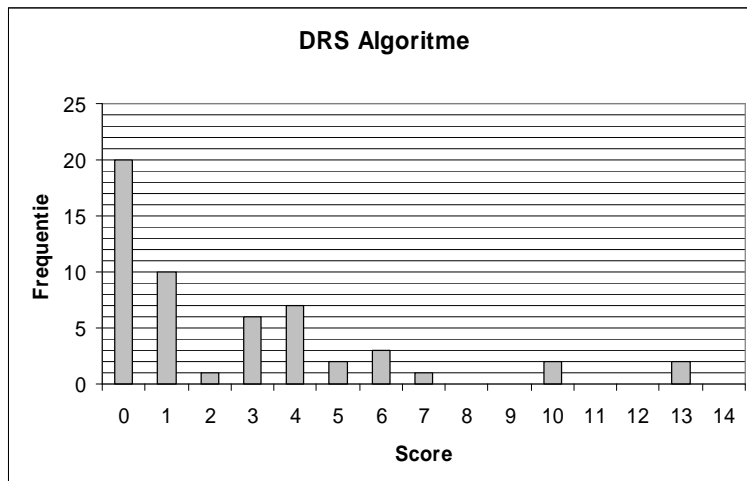
zorgbehoevende. Indien het aandachtsdomein als een probleem ervaren wordt, wordt nagegaan of / welke actie nodig is en door welke zorgverlener deze wordt geboden.

Tabel 5: frequentie van het aantal activeringen per aandachtsdomein

Aandachtsdomeinen	RAI Home Care	RAI Screener	Totaal
Kans op intramurale opnamen	4	41	45
Kwetsbaar hulpsysteem	1	36	37
Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL): Kans op toename in de reguliere IADL zorg	3	33	36
Pijn	3	28	31
Communicatiestoornissen geactiveerd	3	27	30
Urine-incontinentie en verblijfskatheder	3	26	29
Cognitie	3	25	28
Doorligwonden	3	25	28
Gezondheidsbevordering	3	23	26
Depressie en angst	1	20	21
Hart en ademhaling	2	19	21
Valpartijen	2	17	19
Sociaal functioneren	2	16	18
Huid- en voetproblemen	1	16	17
Gedrag	1	9	10
Voeding	3	7	10
Medicijnbeheer	3	4	7
Therapietrouw	0	4	4
ADL/ mogelijkheden tot revalidatie	3	/	3
Palliatieve zorg	0	3	3
Psychofarmaca	3	/	3
Uitdroging	0	2	2
Preventieve gezondheidszorg	2	/	2
Feces-incontinentie	2	/	2
Functioneren van het zien	1	/	1
Ouderenmishandeling	1	/	1
Mondgezondheid	1	/	1
Vermindering van dienstenpakket	1	/	1
Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL): Waarschijnlijke verbetering	0	/	0
Bovenmatig alcoholgebruik	0	/	0
Omgevingsbeoordeling	0	/	0
Gemiddeld aantal geactiveerde aandachtsdomeinen per patiënt	13.78	7.28	8.07

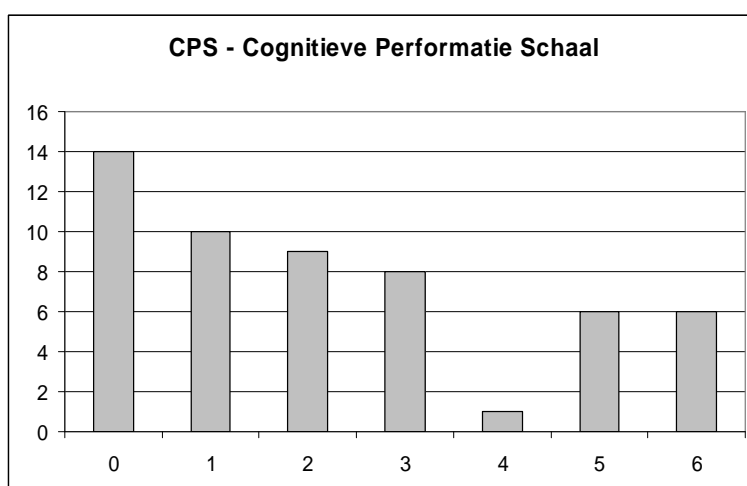
Naast aandachtdomeinen worden per patiënt ook enkele schalen berekend, namelijk de Depressie Rating Scale (DRS), de Cognitieve Performantie Schaal en de ADL Hiërarchie. De depressieschaal DRS kan gebruikt worden als signaalfunctie voor depressie. Daarbij wordt de som gemaakt van enkele stemmingsindicatoren. De som varieert van nul (geen indicatie van depressie) tot 14 (sterkere indicatie van depressie). De gemiddelde score van de 54 patiënten bedroeg 2.57.

Figuur 1: DRS Algoritme



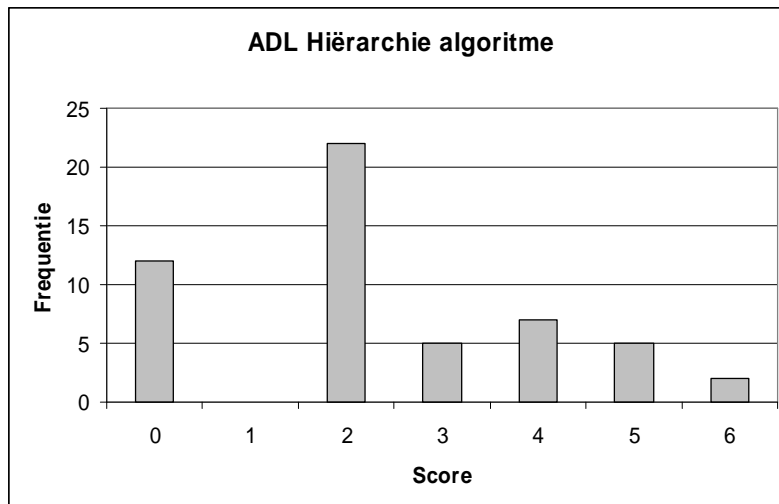
De Cognitieve Performantie Schaal (CPS) wordt berekend op basis van informatie over het geheugen, het niveau van bewustzijn en cognitieve vaardigheden voor de dagelijkse besluitvorming. De score op deze schaal gaat van 0 tot 6. Het gemiddelde op deze schaal is 2.26, wat wijst op een licht tot matig verstoord cognitief functioneren.

Figuur 2: CPS Cognitieve Performantie Schaal



De hiërarchische ADL schaal groepeerde activiteiten van het dagelijks leven volgens de fases van het verlies van ADL-functies. De scores op deze schaal gaan van 0 tot 6. De gemiddelde score van 2.41 wijst op een beperkte tot uitgebreide afhankelijkheid in persoonlijke hygiëne.

Figuur 3: ADL Hiërarchie algoritme



3. Resultaten

Eerst worden de resultaten van de geregistreerde vragen en opmerkingen door de helpdesk toegelicht. Vervolgens worden de resultaten van de geanalyseerde verslagen van het multidisciplinair overleg besproken. Tot slot worden de resultaten van de schriftelijke en mondelinge bevraging voorgesteld.

3.1. Resultaten logboek helpdesk

Om een maximale ondersteuning op maat van de betrokken zorg- en hulpverleners aan te bieden, werd door het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde een helpdesk opgericht. De ondersteuning van de helpdesk omvatte volgende taken:

- het aanmaken van de nodige logins voor de betrokken zorg- en hulpverleners;
- het opstarten van de MDS/RAI;
- het opstellen van de documenten voor de betrokken zorg- en hulpverleners met de nodige gegevens om de MDS/RAI in te vullen;
- het ondersteunen van de betrokken zorg- en hulpverleners bij het invullen van de MDS/RAI door het systematisch telefonisch contacteren van de betrokken zorg- en

hulpverleners. Ook hadden de betrokken zorg- en hulpverleners en de OC's TGZ steeds de mogelijkheid om de helpdesk met vragen, problemen of opmerkingen te contacteren;

- het berekenen en bespreken van de resultaten oorspronkelijk enkel met de contactpersoon zorgverlener (de zorgverlener die het beste zicht heeft op de situatie van de patiënt⁵) en de overlegcoördinator TGZ, in een latere fase uitgebreid naar alle betrokken zorg- en hulpverleners.

Gedurende de onderzoeksfase werd een logboek bijgehouden met de telefoons en e-mails van en naar de helpdesk om zo een zicht te krijgen op de meest voorkomende vragen of problemen. Het doel van deze geregistreerde gegevens is na te gaan welke elementen voor verbetering vatbaar zijn. Hoewel enkele zorg- en hulpverleners spontaan de helpdesk contacteerde met positieve feedback, behoorde het systematisch inventariseren van de positieve ervaringen niet tot de doelstelling van de helpdesk. Bijgevolg wordt in volgend overzicht voornamelijk de verbeterpunten beschreven. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen vragen en opmerkingen tijdens het opstarten en invullen van de MDS/RAI enerzijds en de feedback van de betrokken zorg- en hulpverleners en OC's TGZ bij het bespreken van de resultaten van de RAI tijdens het overleg anderzijds.

3.1.1. Vragen en bemerkingen tijdens het invullen van de MDS/RAI

Bij het opstarten en invullen van de MDS/RAI werden vragen en bemerkingen rond het opzet en de praktische organisatie van het project, het invullen van de MDS/RAI en de werking van de webapplicatie geregistreerd.

3.1.1.1. Opzet en praktische organisatie

In de beginfase van het project werd verduidelijking gevraagd over de taak en verwachtingen ten aanzien van de overlegcoördinator TGZ en de contactpersoon zorgverlener. Ook werd gevraagd of de MDS/RAI door alle betrokken zorg- en hulpverleners werd ingevuld en of alle betrokken zorg- en hulpverleners op het overleg werden uitgenodigd. Verder werd bij de helpdesk nagegaan of en op welke wijze de patiënten op de hoogte gesteld werden van hun deelname aan het project. Een dienst, verbonden aan het Vlaams Fonds, uitte zijn bekommernis over het registreren van patiëntgebonden gegevens: wie heeft toegang tot de

⁵ In dit project was de contactpersoon zorgverlener meestal de verpleegkundige.

geregistreerde gegevens, waarvoor worden deze gegevens gebruikt, worden deze gegevens ook voor financiële doeleinden aangewend (en wat zijn dan de financiële gevolgen), in welke mate worden de wet op de privacy en de persoonlijke levensfeer toegepast? Ook merkte deze dienst op dat, gegeven de huidige regelgeving, deze dienst geen gegevens van de patiënt kan geven zonder de patiënt zelf hiervan op de hoogte te brengen.

Vervolgens werden enkele praktisch / organisatorische knelpunten bij het invullen van de MDS/RAI gesignaleerd. Niet alle betrokken zorg- en hulpverleners beschikken over een pc of internet of zijn voldoende vaardig met deze toepassingen. Gebrek aan ervaring werd opgelost door partner of kinderen in te schakelen of door ondersteuning van de helpdesk te vragen. Indien de betrokken zorg- of hulpverlener geen toegang had tot internet, werd de MDS/RAI per post door de helpdesk verstuurd met de vraag om deze ingevuld aan de helpdesk te bezorgen. Nadat de betrokken zorg- of hulpverlener de papieren versie ontvangen had, werd deze zorg- of hulpverlener telefonisch gecontacteerd door de helpdesk. De gegevens werden tijdens dit telefonische gesprek door de helpdesk in de webapplicatie ingevuld.

Een tweede moeilijkheid betreft de vakantieperiode. Aangezien vele zorg- en hulpverleners in deze periode op verlof zijn, had dit enkele consequenties voor het project: de betrokken zorg- en hulpverlener is moeilijk of niet te bereiken of zorg- en hulpverleners hebben door het opvolgen van het werk van collega's extra werk. Deze elementen maken het invullen van de MDS/RAI en het plannen van het overleg extra moeilijk. Ook signaleerden de betrokken zorg- en hulpverleners en de OC's TGZ dat zowel het invullen als het plannen van overleg een grote tijdsinvestering vraagt.

Enkele zorg- en hulpverleners merkten op dat de gegeven informatie over het doel van het RAI-project onvoldoende uitgebreid was. Er werd geopteerd om bij vragen van de zorg- en hulpverleners bijkomende informatie over het project te verschaffen. De informatie naar de betrokken zorg- en hulpverleners werd niet op systematische wijze uitgebreid om de betrokken zorg- en hulpverleners niet meer dan nodig te belasten.

De selectieprocedure (namelijk het selecteren van patiënten via geëngageerde huisartsen) had volgens enkele zorg- en hulpverleners twee mogelijke neveneffecten. Ten eerste werden op deze manier (een aantal) patiënten geselecteerd waarvoor onder normale omstandigheden geen overleg zou georganiseerd worden. Aangezien de selectie van de patiënten niet gebeurde in het kader van een gepland multidisciplinair overleg, meldden enkele zorg- en hulpverleners ten tweede dat er in bepaalde situaties enige tijd verstreek tussen het invullen van de RAI en het multidisciplinair overleg. De vakantieperiode heeft hierbij ook een invloed gehad.

Het onderzoeksprotocol werd door de verschillende betrokken beroepsgroepen en organisaties vertaald naar de eigen werking. Aangezien MDS/RAI enkel bij een goed zicht op de situatie van de patiënt kan worden ingevuld, werd de MDS/RAI bij de diensten gezinszorg door de stafmedewerker, in overleg met de verzorgende ingevuld. Uit de feedback van deze diensten leren we dat op deze manier de nodige achtergrondinformatie wordt verkregen, waardoor een goed beeld van de patiënt wordt verkregen. Bij de verpleegkundigen in dienstverband werd omwille van logistieke redenen de MDS/RAI eerst door de verpleegkundige op papier ingevuld, waarna de hoofdverpleegkundige van de dienst deze gegevens via de webapplicatie invoerde. De (hoofd)verpleegkundigen merken op dat deze manier als dubbel werk wordt ervaren.

Ondanks de extra ondersteuning van de overlegcoördinatoren TGZ ten opzichte van vorig projectjaar, werd aan de OC's TGZ gevraagd een multidisciplinair overleg voor de geïnccludeerde patiënten te organiseren. Daarbij hadden zij ook enkele bijkomende taken zoals verspreiden onkostennota, versturen IC, Enkele OC's TGZ merkten op dat deze extra belasting (zowel organiseren overleg als administratieve taken) een grote tijdsinvestering vroeg.

Tot slot merkten enkele contactpersonen zorgverlener en overlegcoördinatoren TGZ in de beginfase van het project op dat ze zich, omwille van een gebrek aan vertrouwdsheid met de MDS/RAI en de resultaten, onzeker voelden om de resultaten tijdens het multidisciplinair overleg met het team te bespreken.

3.1.1.2.Het invullen van de MDS/RAI

Een tweede soort vragen en opmerkingen heeft betrekking op het invullen van de MDS/RAI. Enkele zorg- en hulpverleners stellen zich vragen over wie welke gegevens moet invullen. Er werd echter geopteerd om alle betrokken zorg- en hulpverleners de mogelijkheid te geven om alle vragen te beantwoorden (conform de Limburgse Code). De medische vragen werden enkel door de huisarts ingevuld. Deze medische vragen betreffen sectie J (ziektediagnosen) en sectie Q (medicijngebruik). Er werd door een zorgverlener voorgesteld om deze uit te breiden naar sectie B (cognitieve patronen).

Verder merkten enkele zorg- en hulpverleners op dat ze niet alle vragen kunnen invullen: niet elke discipline heeft zicht op alle gevraagde aspecten, de zorg werd recent opgestart waardoor de zorg- of hulpverlener nog geen zicht heeft op bepaalde aspecten, bepaalde vragen lijken niet relevant voor de situatie van die bepaalde patiënt, het gewenste antwoord staat niet bij de

te kiezen antwoordmogelijkheden (bijvoorbeeld het looprek als hulpmiddel bij de vraag over naar hulpmiddelen om zich voort te bewegen) of de situatie van de patiënt is wisselend (bijvoorbeeld bij een dementerende patiënt). Tot slot werden aan de helpdesk vragen gesteld over de interpretatie van bepaalde vragen van de RAI. Ter illustratie sectie G2a bevat een dubbele ontkenning: een zorggever is niet in staat de zorgactiviteit voort te zetten (ja of neen).

3.1.1.3. De werking van de webapplicatie

Een volgende categorie handelt over de werking van de webapplicatie. Er werden vragen gesteld over het surfen naar de website, het inloggen, het navigeren naar de vragenlijst, het opslaan van de gegevens en de wijze waarop naar de volgende patiënt kon worden gegaan. Een aantal zorg- en hulpverleners contacteerden de helpdesk met de vraag om na te gaan of alles correct is verlopen. Ter illustratie: de vraag van een zorgverlener of de ingevoerde gegevens geregistreerd werden aangezien het potloodje nog achter de naam van de patiënt stond. Verder verliep de toegang tot de webapplicatie soms moeilijk / traag. Tot slot kregen enkele zorg- of hulpverleners bij het gebruik van de webapplicatie een foutmelding.

3.1.2. Vragen en bemerkingen na het invullen van de MDS/RAI

In deze paragraaf wordt de feedback na het invullen van de MDS/RAI toegelicht. Een eerste vorm van feedback betreft de ervaren meerwaarde van de MDS/RAI. Een aantal zorg- en hulpverleners ervaren een meerwaarde van het instrument: door de goede voorbereiding van het overleg verloopt het multidisciplinair overleg meer gestructureerd en efficiënt, waardoor op kortere tijd meer uit het overleg wordt gehaald. Een hulpverlener merkte op dat ze graag voor alle patiënten een RAI zou willen invullen, maar de betrokken huisarts niet deelnam aan het project. Andere zorg- en hulpverleners benadrukken dat het invullen van de MDS/RAI enkel een meerwaarde heeft bij patiënten met een zware zorgbehoefte (complexe zorg), bij patiënten waar de zorg een tijdje loopt (geen opstartende zorg) en / of bij patiënten waarbij de situatie niet te snel verandert. Volgens sommige zorg- en hulpverleners tenslotte is de inspanning van het invullen van de RAI niet in verhouding met de ervaren meerwaarde.

Ten tweede werden vragen geformuleerd over de resultaten van de MDS/RAI. Enkele zorg- en hulpverleners benadrukken dat de RAI een goed beeld geeft van de patiënt. De geactiveerde aandachtsdomeinen zijn belangrijk voor de betreffende patiënt. Bovendien

ontdekken zorg- en hulpverleners blinde vlekken. Deze blinde vlekken zouden zonder het invullen van de RAI tijdens het multidisciplinair overleg niet aan bod gekomen zijn. Andere zorg- en hulpverleners merken op dat er geen nieuwe elementen aan het licht gekomen zijn of hebben twijfels over de correctheid van de gegevens. Deze zorg- en hulpverleners hebben vragen over de wijze waarop aandachtsdomeinen worden berekend. Vervolgens wordt ook opgemerkt dat een eenduidig resultaat ontbreekt. Door het bespreken van de verschillende aandachtsdomeinen dreigt het geheel van de patiënt verloren te gaan.

Om een vlotte bespreking van de resultaten tijdens het multidisciplinair team te realiseren, werd ten slotte opgemerkt dat alle betrokken zorg- en hulpverleners tijdens het multidisciplinair team over een uitgeprinte versie van de resultaten moeten beschikken.

3.1.3. Moeilijkheden ervaren door de helpdesk

Ook vanuit de helpdesk werden enkele moeilijkheden ervaren. Omdat deze elementen eveneens belangrijk zijn voor een verdere implementatie van de MDS/RAI werden deze ervaringen genoteerd.

Een eerste punt betreft het contacteren van de zorgverleners. Het contacteren van zorg- en hulpverleners is geen eenvoudige opdracht. De helpdesk ervoer ten eerste moeilijkheden met het bereiken van zorg- en hulpverleners: de betrokken zorg- of hulpverlener bleek regelmatig op verplaatsing (op ronde, opleiding, ...) of in verlof. Ten tweede bleek eveneens regelmatig dat de betrokken zorg- of hulpverlener bij contact met de helpdesk de documenten nog niet ontvangen of bekeken had. Om alle betrokken zorg- en hulpverleners te bereiken, moest de helpdesk vaak herhaalde pogingen ondernemen.

Ten tweede hebben niet alle betrokken zorg- en hulpverleners de MDS/RAI tijdig (dit is voor het verstrijken van de vooropgestelde deadline) de gegevens kunnen invullen via de webapplicatie. De redenen zijn divers: de vakantieperiode, te veel werk of vergeetachtigheid. In enkele situaties werd dit opgelost door de deadline te verplaatsen zodat de betrokken zorg- of hulpverlener alsnog de mogelijkheid had de MDS/RAI via de webapplicatie in te vullen. Omdat deze deadline enkel door de website-ontwikkelaars kan worden veranderd, werden de website-ontwikkelaars daarvoor door de helpdesk gecontacteerd. Het veranderen van de deadline bleek echter een relatief grote tijdsinvestering voor de website-ontwikkelaars. In andere situaties bleek deze oplossing niet mogelijk omwille van het geplande overleg. Bij het

bespreken van de resultaten werd bijgevolg benadrukt om zeker voldoende aandacht te besteden aan de inbreng van de betreffende discipline tijdens het multidisciplinair overleg.

Tot slot bleek het bespreken van de resultaten met zowel de contactpersoon zorgverlener als de overlegcoördinator TGZ niet altijd evident. Gegeven de korte tijdsperiode tot het overleg om de resultaten te bespreken en de afwezigheid van de betrokken contactpersoon of OC TGZ (wegens ronde, overleg, vakantieperiode, ...) werden in enkele situaties de resultaten met slechts één van beide besproken.

De helpdesk werd ook gecontacteerd voor bijkomende taken, zoals het zoeken welke zorg- en hulpverleners op het overleg zouden zijn, het contacteren van huisartsen met de vraag tot deelname aan het project, ...

3.1.4. Besluit

Uit de vragen en opmerkingen van de betrokken zorg- en hulpverleners en OC's TGZ kunnen we besluiten dat er nood is aan duidelijke informatie, zowel met betrekking tot het opzet en de organisatie van het RAI-project (bijvoorbeeld doel RAI-project, concrete verwachtingen van de betrokkenen) als de wet- en regelgeving (bijvoorbeeld duidelijkheid omtrent beheer van de geregistreerde gegevens). Ook registreerde de helpdesk een aantal problemen met het invullen van de MDS/RAI. Niet alle vragen zijn even duidelijk, relevant of te beantwoorden (omwille van opstartende situatie, geen zicht als beroepsgroep op bepaalde aspecten, ...). Bovendien bevat de webapplicatie nog enkele fouten.

Ook met betrekking tot de ervaren meerwaarde werden enkele reacties door de helpdesk genoteerd. Voor sommige zorg- en hulpverleners heeft MDS/RAI een meerwaarde omwille van een goede afstemming van de zorg, een duidelijk beeld van de patiënt en het ontdekken van blinde vlekken. Voor andere zorg- en hulpverleners staat de meerwaarde niet in verhouding tot de inspanning of wordt getwijfeld aan de meerwaarde. Het betreffen hierbij enkel spontane reacties. Het systematisch bevragen van de ervaren meerwaarde gebeurde via de schriftelijke bevraging (zie onder).

De keuze om de betrokken zorg- en hulpverleners maximaal en op maat te ondersteunen vraagt een grote tijdsinvestering van de helpdesk. Bijgevolg zouden bij implementatie van MDS/RAI voldoende tijd en middelen hiervoor ter beschikking moeten gesteld worden.

3.2. Resultaten verslag multidisciplinair overleg

Aan de overlegcoördinatoren TGZ werd gevraagd om de verslagen van de multidisciplinaire teams aan de onderzoeksploeg te bezorgen. Enkel de verslagen uit regio 1 bevatten een systematische weergave van de besproken resultaten. Daarbij werd telkens nagegaan of de geactiveerde aandachtsdomeinen al dan niet een probleemgebied vormden en of hiervoor acties moesten ondernomen worden. In wat volgt worden hiervan enkele concrete voorbeelden gegeven.

Voorbeelden van de schalen

Een patiënt had een depressieschaal van 10, licht verstoord cognitief functioneren op de CPS-schaal en uitgebreide afhankelijkheid 2 (dit is score 4) op de hiërarchische ADL-schaal. Uit het verslag van het multidisciplinair team blijkt dat hoewel antidepressiva door de huisarts werd opgestart de scores op de depressieschaal als een belangrijk aandachtspunt werd vooropgesteld / vastgesteld. Vervolgens werd besloten om het resultaat op de CPS-schaal te objectiveren met een MM-test door de huisarts. Op basis van het resultaat van de hiërarchische ADL-schaal werd geconcludeerd dat uitbreiding van hulp aangewezen zou zijn.

Niet alleen werden de scores op de schalen door het team kritisch besproken en acties eraan gekoppeld, de scores werden indien nodig ook aangepast. Zo werd bij een patiënt beslist om de score op de depressieschaal aan te passen van 0 naar 1. Wegens beperkt gezichtsvermogen en verlies van enkele personen uit de omgeving zou deze patiënt toch droevige momenten kennen, waardoor een aanpassing van de score nodig bleek.

Voorbeelden van de aandachtsdomeinen

Een geactiveerd aandachtsdomein betekent dat er mogelijk een probleem is op dat gebied. Uit de verslagen van de multidisciplinaire teams blijkt dat de betrokken zorg- en hulpverleners voor een aantal aandachtsdomeinen oordeelden dat er geen problemen waren. Aan andere aandachtsdomeinen werden acties gekoppeld. Zo leidde het aandachtsdomein “gezondheidsbevordering” tot volgende acties, namelijk het stimuleren van de patiënt om meer buiten te komen en het inschakelen van een kinesitherapeut. Bij het geactiveerde aandachtsdomein “pijn” werd besloten om pijn een foto van de heup te maken.

Niettemin blijkt uit de verslagen dat enkele aandachtsdomeinen niet geactiveerd werden, terwijl toch een probleem op dat gebied ervaren werd. Een voorbeeld betreft het

aandachtsdomein “hart en ademhaling”. Aangezien niet alle vragen voor dit aandachtsdomein in de RAI screener bevraagd worden, werd dit aandachtsdomein niet geactiveerd. Een ander voorbeeld is het aandachtsdomein “voetproblemen”. Dit aandachtsdomein werd niet geactiveerd door het niet correct invullen / interpreteren van de vragen.

Hoewel deze aandachtsdomeinen niet geactiveerd werden, werd door het systematisch bespreken van de aandachtsdomeinen en de resultaten deze hiaten ontdekt.

3.3. Resultaten schriftelijke bevraging

Na het multidisciplinair invullen en bespreken van MDS/RAI werd aan alle OC's TGZ en alle betrokken zorg- en hulpverleners een schriftelijke vragenlijst gestuurd om naar hun ervaringen te peilen (zie bijlage 4 en 5). Via LISTELvzw, de leden van de begeleidingscommissie en de onderzoeksploeg werd na enkele weken een reminder gestuurd naar de OC's TGZ en de betrokken zorg- en hulpverleners. In wat volgt worden eerst de resultaten van de overlegcoördinatoren en vervolgens de resultaten van de betrokken zorg- en hulpverleners besproken.

3.3.1. Resultaten schriftelijke bevraging OC TGZ

Het RAI-project werd uitgevoerd in zes Limburgse regio's. Omwille van langdurige ziekte van één van de OC TGZ namen er slechts 5 OC's TGZ deel aan dit project. Alle vijf de OC's TGZ vulden de schriftelijke vragenlijst in (responsratio 100%). De resultaten van deze bevraging worden hieronder toegelicht.

3.3.1.1. Organisatie overlegmomenten

Om een beeld te vormen van de ervaring van de OC's TGZ met het organiseren en leiden van multidisciplinaire overlegmomenten werd gevraagd hoeveel overlegmomenten sinds 1 januari 2007 door de betreffende OC TGZ georganiseerd werd. Tabel 6⁶ geeft een overzicht. Twee OC's TGZ organiseren meerdere keren per week een overleg, twee ongeveer 2 à 3 keer per maand en één ongeveer één keer per maand.

⁶ Omwille van het kleine aantal OC's TGZ (n=5), worden frequenties weergegeven in de tabellen en geen percentages

In het kader van het RAI-project werden in het totaal 45 overlegmomenten georganiseerd (over een periode van ongeveer 3 maanden, namelijk van medio juni tot medio september). Gemiddeld werden 9 overlegmomenten per OC TGZ georganiseerd, met een maximum van 16 teams voor één OC TGZ en een minimum van 3.

Tabel 6: aantal georganiseerd overleg sinds 1 jan 2007

Ongeveer 1 keer per maand	1
Ongeveer 2 à 3 keer per maand	2
Ongeveer één keer per week	0
Meerdere keren per week	2
Totaal	5

Het organiseren van het multidisciplinair overleg verliep vlot tot zeer vlot. Bij het meer gedetailleerd bevragen van mogelijke knelpunten bij de organisatie van het multidisciplinair overleg, werden evenmin problemen door de OC's TGZesignaleerd.

Tabel 7: verloop organisatie overleg

Zeervlot	1
Vlot	4
Niet vlot, maar ook niet moeizaam	0
Moeizaam	0
Zeermoeizaam	0

Tabel 8: problemen bij de organisatie

	Ja	Neen	Niet van toepassing
Algemeen	0	5	0
Verspreiding documenten	0	4	1
Motiveren zorgverleners tot deelname aan team	0	5	0
Motiveren zorgverleners tot deelnamen aan invullen MDS/RAI	0	4	1
Motiveren zorgverleners tot deelname aan webapplicatie	0	3	2
Verspreiden nodige informatie	0	4	1

3.3.1.2. *Meerwaarde MDS/RAI*

Aan de OC's TGZ werd gevraagd of MDS/RAI volgens hen een meerwaarde had. De antwoorden op deze vraag worden weergegeven in tabel 9. De meeste OC's TGZ vonden MDS/RAI een nuttig instrument, vooral ook om de zorgbehoefte te inventariseren en de blinde vlekken te ontdekken. Eén OC TGZ vond het RAI-instrument zowel algemeen als voor de verschillende deelaspecten eerder niet nuttig. Een andere OC TGZ oordeelde dat het RAI-instrument zowel algemeen als voor de verschillende deelaspecten niet nuttig, maar ook niet onnuttig is. Een derde OC TGZ antwoordde dat het instrument eerder wel nut had. De vierde OC TGZ vond het instrument nuttig en zeer nuttig voor het inventariseren van de zorgbehoefte. De laatste OC TGZ antwoordde dat het instrument zowel algemeen als voor de inventarisatie van de zorgbehoeften en om blinde vlekken te ontdekken eerder nuttig was. Over de andere aspecten was deze OC TGZ neutraal.

Tabel 9: meerwaarde MDS/RAI

	Zeker niet	Eerder niet	Niet nuttig en niet onnuttig	Eerder wel	Ze zeker
Algemeen	0	1	1	3	0
Voor de inventarisatie van de zorgbehoeften	0	1	1	2	1
Om een beter beeld te krijgen van de patiënten	0	1	2	2	0
Om blinde vlekken te ontdekken	0	1	1	3	0
Ter voorbereiding van het multidisciplinair overleg	0	1	2	2	0
Om communicatie tussen de zorgverleners te bevorderen	0	1	2	2	0
Ten voorbereiding van het zorgplan	0	1	2	2	0

De OC's TGZ van vier regio's geven aan dat zowel de aandachtsdomeinen als de schalen voor alle patiënten tijdens een multidisciplinair overleg besproken werden. Drie van deze OC's TGZ vinden dat deze resultaten een meerwaarde bieden omwille van het verschaffen van nieuwe informatie. Eén van deze drie OC's TGZ vindt bovendien dat de aandachtsdomeinen structuur aan het overleg bieden. De vierde OC TGZ ervaart geen meerwaarde van de aandachtsdomeinen omdat deze geen nieuwe informatie bieden en volgens de OC TGZ niet geschikt zijn als structuur voor het multidisciplinair overleg.

In de vijfde regio werden de schalen niet en de aandachtsdomeinen slechts gedeeltelijk. De reden hiervoor is het gebrek aan nieuwe informatie, de onduidelijke en onvolledige resultaten

(de MDS/RAI werd niet ingevuld door de huisarts) en het moeilijke taalgebruik voor de patiënt en zijn/haar familie.

Tabel 10: bespreking aandachtsdomeinen en schalen

	Aandachtsdomeinen	Schalen
Ja, voor alle patiënten	4	4
Slechts gedeeltelijk	1	0
Neen	0	1

Tabel 11: meerwaarde aandachtsdomeinen voor multidisciplinair overleg

Ja	3
<i>Nieuwe info</i>	3
<i>Duidelijkere taakafspraken</i>	0
<i>Structureren van overleg</i>	1
<i>Andere</i>	0
Neen	2
<i>Geen nieuwe info</i>	2
<i>Resultaten zijn onduidelijk</i>	1
<i>Moeilijk taalgebruik voor patiënt en familie</i>	1
<i>Moeilijk als structuur van het overleg</i>	1

3.3.1.3.Organisatie RAI-project

Op basis van de resultaten uit de Interface-studie (De Lepeleire ea, 2005) en het vorige projectjaar werden enkele veranderingen doorgevoerd. Er werd gepeild op welke wijze deze veranderingen door de OC's TGZ ervaren werden. Het starten vanuit de huisarts werd door alle OC's TGZ als positief ervaren. Ook de overschakeling van RAI home Care naar RAI screener werd door de OC's TGZ als een positieve veranderingen aanzien (slechts twee van de vijf OC's TGZ hebben deze vraag beantwoord). Het contacteren door de helpdesk om de resultaten te bespreken werd door drie OC's TGZ positief beschouwd, door één OC TGZ negatief. De andere veranderingen werden positief of neutraal onthaald. Het verlengen van het aantal dagen om de MDS/RAI in te vullen werd door alle OC's TGZ als neutraal beoordeeld.

Tabel 12: veranderingen tegenover vorig jaar

	Positief	Neutraal	Negatief	Totaal
Starten vanuit huisarts	5	0	0	5
Selectie patiënten	2	2	0	4
Aantal dagen om de MDS/RAI in te vullen	0	4	0	4
Het berekenen van de resultaten door een van de betrokken zorgverleners	2	2	0	4
Het contacteren door de helpdesk om resultaten te bespreken	3	0	1	4
Overschakeling van RAI Home Care naar RAI Screener	2	0	0	2

3.3.2. Resultaten schriftelijke bevraging betrokken zorg- en hulpverleners

Ook aan de verschillende betrokken zorg- en hulpverleners werd een schriftelijke vragenlijst verstuurd (zie bijlage 5). De totale responsratio bedraagt 86,67%⁷. In wat volgt worden de resultaten van de schriftelijke bevraging van de betrokken zorg- en hulpverleners besproken.

Tabel 13: responsratio

Discipline	Verstuurd	Ontvangen	Responsratio
Huisarts	13	10	76,92
Verpleegkundige			
<i>Afdeling WGK</i>	6	6	100,00
<i>Zelfstandig vpk</i>	8	7	87,50
Kinesist	4	4	100,00
Logopedist	2	2	100,00
Afdeling Gezinszorg	6	6	100,00
Sociale dienst	4	3	75,00
Opvang	2	1	50,00
Totaal	45	39	86,67

⁷ Eén sociale dienst heeft opgemerkt de vragenlijst niet ingevuld terug te kunnen bezorgen wegens langdurige ziekte van de betrokken zorgverlener.

Het grootste deel van de betrokken zorg- en hulpverleners heeft sinds januari 2007 enkele keren aan een multidisciplinair overleg deelgenomen. Ongeveer een vierde van de betrokken zorg- en hulpverleners neemt één of meer dan één keer per maand deel aan een multidisciplinair overleg.

Tabel 14: deelname multidisciplinair overleg sinds 1 januari 2007

	Frequentie	Percentage
(Bijna) nooit	5	12,82
Enkele keren	24	61,54
Ongeveer één keer per maand	9	23,08
Meerdere keren per maand	1	2,56
Totaal	39	100,00

Ongeveer 72% van de betrokken zorg- en hulpverleners geeft zelf hulp aan de patiënt of cliënt waarvoor een MDS/RAI werd ingevuld. 28% van de betrokken zorg- en hulpverleners heeft een meer ondersteunende of coördinerende functie.

Tabel 15: betrokken bij de zorg of ondersteunende functie

	Frequentie	Percentage
Ondersteunende functie	11	28,21
Zelf betrokken bij zorg	28	71,79
Totaal	39	100,00

3.3.2.1. Invullen MDS/RAI

De deelnemende zorg- en hulpverleners hebben de voorbije jaren gemiddeld 3,3⁸ keer een MDS/RAI op papier ingevuld, met minimum aantal van 1 en een maximum van 30. Via de webapplicatie hebben de zorg- en hulpverleners gemiddeld 3,6 keer een MDS/RAI ingevuld met minimum 1 en maximum 20⁹. Tijdens de voorbije maanden hebben de zorg- en hulpverleners gemiddeld 3,3 keer een MDS/RAI ingevuld met maximum 15 en een minimum

⁸ Er zijn 14 ontbrekende antwoorden. Deze antwoorden kunnen missings zijn of wijzen op het niet invullen van MDS/RAI op papier.

⁹ Er is 1 ontbrekend antwoord.

¹⁰. Het invullen van de RAI screener duurde bij de laatste patiënt gemiddeld ongeveer 27 minuten. Tabel 16 geeft een overzicht van de tijdsbesteding bij de laatste patiënt per discipline. De huisartsen hebben met een gemiddelde van 11,44 minuten de laagste tijdsinvestering. Deze lagere tijdsinvestering kan deels verklaard worden doordat een aantal huisartsen enkel de (meer) medische vragen hebben beantwoord. De grootste gemiddelde tijdsinvestering werd geleverd door de zelfstandig verpleegkundigen.

Tabel 16: tijdsbesteding bij het invullen van de laatste patiënt

Tijdsinvestering	gemiddeld	min	max
Huisarts	11,44	3	30
Verpleegkundige	38,08	15	60
<i>Zelfstandig</i>	<i>44,29</i>	<i>20</i>	<i>60</i>
<i>in dienstverband</i>	<i>30,83</i>	<i>15</i>	<i>40</i>
Gezinszorg	35,00	5	60
Kinesist	22,50	15	30
Logopedist	30,00	30	30
Sociale dienst	20,00	20	25
Opvang	20,00	15	25
Globaal gemiddelde	27,10	20	20

Het invullen van MDS/RAI werd door een kleine veertig procent als gemakkelijk ervaren. Ongeveer een derde vond het noch moeilijk, noch gemakkelijk. Een kleine dertig procent vond het eerderde meerderheid nog moeilijk, nog gemakkelijk gevonden. Een vierde van de betrokken zorg- en hulpverleners vond het eerder moeilijk. Eén zorgverlener beschouwde het invullen van MDS/RAI als zeer moeilijk.

¹⁰ Er werden twee vragenlijsten ingevuld door zorg- of hulpverleners die tijdens de huidige projectfase geen MDS/RAI hebben ingevuld, maar wel aanwezig waren bij het bespreken van de resultaten. Deze worden hier buiten beschouwing gelaten.

Tabel 17: moeilijkheidsgraad invullen RAI

	Frequentie	Percentage
Zeer gemakkelijk	4	10,53
Eerder gemakkelijk	11	28,95
Noch moeilijk, noch gemakkelijk	12	31,58
Eerder moeilijk	10	26,31
Zeer moeilijk	1	2,63
Totaal	38	100,00

3.3.2.2. Problemen bij het gebruik van de webapplicatie en het invullen van de RAI

De meerderheid van de betrokken zorg- en hulpverleners heeft geen problemen gehad bij het gebruik van de webapplicatie of het invullen van MDS/RAI. De ervaren problemen bij het gebruik van de webapplicatie hebben betrekking op de toegang tot de webapplicatie, de snelheid (te traag werkende webapplicatie) en de wijze waarop ingevulde gegevens werden bewaard.

Ongeveer 81% van de betrokken zorg- en hulpverleners heeft geen problemen bij het invullen van MDS/RAI. De overige betrokken zorg- en hulpverleners hadden vragen bij de in te vullen secties, de onlogische nummering bij de RAIscreener (door het wegvallen van enkele secties) en het bevragen van de betrokken zorg- of hulpverlener door de ondersteunende functie. Deze ondersteunende functie heeft onvoldoende informatie over de situatie van de patiënt / cliënt om de vragen te kunnen beantwoorden. Respectievelijk 20,69% en 26,67% van de betrokken zorg- en hulpverleners had problemen bij de vraagformulering en de antwoordmogelijkheden. De ervaren problemen met de antwoordmogelijkheden hebben betrekking op het ontbreken van bepaalde antwoordmogelijkheden (bijvoorbeeld de rollator als hulpmiddel om zich te verplaatsen), het te nauw aan elkaar aansluiten van bepaalde antwoordmogelijkheden en het ontbreken van de antwoordmogelijkheid “ik weet het niet”. Bij problemen hebben twaalf zorg- en hulpverleners de helpdesk gecontacteerd, één werd door de helpdesk zelf gecontacteerd en een laatste werd door de helpdesk gecontacteerd en heeft de helpdesk zelf gecontacteerd.

Uit de tabel blijkt dat 23 zorg- en hulpverleners geen problemen had (waarvoor de helpdesk moest gecontacteerd worden) of bij problemen toch geen contact had met de helpdesk. Uit verdere analyses blijkt dat ongeveer de helft van deze zorg- en hulpverleners geen problemen ondervonden hebben. De overige 11 zorg- en hulpverleners hebben problemen ervaren, maar

hebben voor deze problemen geen contact gehad met de helpdesk. Bij het meer in detail bekijken van deze problemen, merken we dat voor een aantal van deze problemen de helpdesk ook geen oplossing heeft zoals de trage werking van de webapplicatie. Enkele andere vragen had de helpdesk wel kunnen beantwoorden zoals twijfel over welke secties er precies moesten worden ingevuld. Twee personen deelden mee geen contact te hebben opgenomen met de helpdesk omdat het weekend was. Eén persoon heeft daarom de MDS/RAI niet ingevuld.

Tabel 18: problemen bij gebruik webapplicatie en invullen MDS/RAI

Frequentie <i>Percentage</i>	Ja	Nee	Totaal
Problemen bij het gebruik van de webapplicatie	7 <i>19,44</i>	29 <i>80,56</i>	36 <i>100,00</i>
Algemene problemen bij het invullen	6 <i>18,75</i>	26 <i>81,25</i>	32 <i>100,00</i>
Problemen bij het invullen mbt de vraagformulering	8 <i>26,67</i>	22 <i>73,33</i>	30 <i>100,00</i>
Problemen bij het invullen mbt de antwoordmogelijkheden	6 <i>20,69</i>	23 <i>79,31</i>	29 <i>100,00</i>

Tabel 19: contact met de helpdesk

	Frequentie	Percentage
Ja, ik heb zelf contact opgenomen	12	32,44
Ja, de helpdesk heeft mij gecontacteerd	1	2,70
Zelf contact opgenomen en gecontacteerd	1	2,70
Neen	23	62,16
<i>Geen problemen</i>	<i>12</i>	<i>52,17</i>
<i>Problemen</i>	<i>11</i>	<i>47,83</i>
Totaal	37	100,00

3.3.2.3. *Meerwaarde MDS/RAI*

Vervolgens werd nagegaan of MDS/RAI volgens de betrokken zorg- en hulpverleners een meerwaarde heeft. Ongeveer drie vierde van de betrokken zorg- en hulpverleners vindt dat MDS/RAI algemeen een nuttig instrument is, vooral om een beter beeld te krijgen van de patiënt (81,82%), ter voorbereiding van het multidisciplinair overleg (79,41%), om de communicatie tussen zorgverleners te bevorderen (79,41%) en de inventarisatie van de zorgbehoefte (78,79%), maar ook ter voorbereiding van het zorgplan (73,53%) en om blinde vlekken te ontdekken (70,59%).

Tabel 20: meerwaarde RAI

Frequentie <i>Percentage</i>	Niet nuttig	Niet nuttig, niet onnuttig	Nuttig	Totaal
Algemeen	2 5,88	7 20,59	25 73,53	34 100,00
Om een beter beeld te krijgen van de patiënt	4 12,12	2 6,06	27 81,82	33 100,00
Ter voorbereiding van het multidisciplinair overleg	6 17,65	1 2,94	27 79,41	34 100,00
Om communicatie tussen de zorgverleners te bevorderen	3 8,82	4 11,76	27 79,41	34 100,00
Voor de inventarisatie van de zorgbehoeften	4 12,12	3 9,09	26 78,79	33 100,00
Ter voorbereiding van het zorgplan	4 11,76	5 14,71	25 73,53	34 100,00
Om blinde vlekken te ontdekken	5 14,71	5 14,71	24 70,58	34 100,00

De meerderheid van de betrokken zorg- en hulpverleners heeft de resultaten, zowel de aandachtsdomeinen als de schalen voor alle patiënten / cliënten besproken tijdens een multidisciplinair overleg. Tabel 22 geeft een overzicht van de redenen waarom de resultaten niet besproken werden. Opmerkelijk is dat enkele betrokken zorg- en hulpverleners melden dat de resultaten niet berekend werden, terwijl alle resultaten berekend en besproken werden met de overlegcoördinator TGZ en / of de contactpersoon zorgverlener. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de resultaten onvoldoende / niet besproken werden tijdens het multidisciplinair overleg of omdat de resultaten niet voor alle deelnemers aan het overleg

(uitgeprint) ter beschikking waren. Andere redenen zijn onder andere moeilijkheden met de interpretatie van de resultaten en tijdsdruk.

Tabel 21: bespreken aandachtsdomeinen en schalen

Frequentie <i>Percentage</i>	Aandachtsdomeinen	Schalen
Ja, voor alle patiënten	21 <i>70,00</i>	21 <i>72,42</i>
Ja, voor bepaalde, maar niet alle patiënten	6 <i>20,00</i>	4 <i>13,79</i>
Neen	3 <i>10,00</i>	4 <i>13,79</i>
Totaal	30 <i>100,00</i>	29 <i>100,00</i>

Tabel 22: redenen voor het niet bespreken van de resultaten (meerdere antwoorden per betrokken zorg- of hulpverlener mogelijk)

	frequentie	percentage ¹¹
Het berekenen van de resultaten lukte niet omwille van		
ontbrekende antwoorden	3	18,75
tegenstrijdige antwoorden	4	25,00
Deadline	2	12,50
Andere	2	12,50
De interpretatie van één of meer schalen was niet duidelijk	5	31,25
De interpretatie van de aandachtsdomeinen was niet duidelijk	4	25,00
Het printen van de resultaten lukte niet	1	6,25
De resultaten werden door het team beschouwd als		
niet waardevol	2	12,50
Onvolledig	3	18,75
Andere	2	12,50
Tijdsdruk	3	18,75
Andere	3	18,75

¹¹ Berekend op het aantal zorg- en hulpverleners die deze vraag hebben ingevuld (n=16)

De meerderheid van de betrokken zorg- en hulpverleners ervaren een meerwaarde van de aandachtsdomeinen: volgens 65,38% omwille van de nieuwe informatie, 42,31% omwille van duidelijkere taakafspraken, 38,46% omwille van de structuur voor het overleg. Een minderheid vindt dat MDS/RAI geen meerwaarde. De moeilijke interpretatie van de resultaten en de moeilijke vertaling naar de patiënt en zijn / haar familie wordt vermoedelijk deels opgelost bij een grotere vertrouwdheid met het instrument. Drie zorg – en hulpverleners vinden dat MDS/RAI voor bepaalde aspecten een meerwaarde biedt, maar voor andere niet.

Tabel 23: meerwaarde aandachtsdomeinen voor multidisciplinair overleg

Frequentie <i>Percentage</i>	
Ja	23 71.88¹²
Nieuwe informatie	17 65,38 ¹³
Duidelijkere taakafspraken	10 42,31
Structureren van overleg	11 38,46
Neen	6 18.75
Geen nieuwe informatie	4 44,44
Resultaten zijn onduidelijk	5 55,56
Moeilijk taalgebruik voor patiënt en familie	3 33,33
Andere	2 22,22
Deels meerwaarde, deels niet	3 9.38
Totaal	32 100.00

¹² Berekend tegenover het aantal personen dat deze vraag hebben ingevuld, met name 26 personen

¹³ Berekend tegenover het aantal personen dat ja heeft geantwoord (hier zitten ook de mensen bij die ja en neen geantwoord hebben).

De meerderheid van de betrokken zorg- en hulpverleners ervaart eveneens een meerwaarde van de schalen.

Tabel 24: meerwaarde schalen

	Frequentie	Percentage
Ja	26	83,87
Neen	5	16,13
Totaal	31	100,00

3.3.2.4.Organisatie RAI-project

Tot slot bespreken we de evaluatie van de betrokken zorg- en hulpverleners met betrekking tot de organisatie van het RAI-project. Op basis van de resultaten van het interface-project en de ervaringen tijdens het vorig projectjaar werden enkele veranderingen doorgevoerd. Deze worden algemeen positief ervaren door de betrokken zorg- en hulpverleners, vooral het overschakelen van RAI home care naar de verkorte versie RAI screener en het starten vanuit de huisarts. Ook het uitbreiden van het aantal dagen om MDS/RAI in te vullen, het contacteren door de helpdesk van de contactpersoon zorgverlener werden en de selectie van de patiënten werd positief (of neutraal) ervaren. Twee zorg- en hulpverleners beschouwen de selectie van de patiënten en het aantal dagen om de MDS/RAI in te vullen negatief.

Tabel 25: veranderingen tegenover vorig jaar

Frequentie Percentage	Positief	Niet positief, maar ook niet negatief	Negatief	Totaal
Starten vanuit huisarts	13 65,00	7 35,00	0 0,00	20 100,00
Selectie patiënten	8 40,00	10 50,00	2 10,00	20 100,00
Aantal dagen om MDS/RAI in te vullen	11 52,38	8 38,10	2 9,52	21 100,00
Het contacteren door de helpdesk van de contactpersoon	10 52,63	9 47,37	0 0,00	19 100,00
Overschakeling van RAI Home Care naar RAI Screener	14 70,00	6 30,00	0 0,00	20 100,00

De contactpersoon zorgverlener werd tijdens het project door de helpdesk gecontacteerd om samen de resultaten te berekenen en te bespreken. In de vragenlijst werd gepeild naar de

ervaringen van de contactpersoon zorgverlener omtrent het contact met de helpdesk voor het berekenen en bespreken van de resultaten. De meeste contactpersoon zorgverleners beantwoorden deze vraag neutraal, enkele positief, niemand negatief.

Tabel 26: berekenen en bespreken van resultaten met helpdesk

Frequentie <i>Percentage</i>	Positief	Neutraal	Negatief	Totaal
Berekenen resultaten met helpdesk	2	7	0	9
	22,22	77,78	0,00	100,00
Bespreken resultaten met helpdesk	2	6	0	8
	25,00	75,00	0,00	100,00
Bespreken resultaten tijdens teamoverleg	6	5	0	11
	54,55	45,45	0,00	100,00

Tabel 27: problemen bij het afprinten

	Ja	Neen
De gegevens van de patiënten	1	7
De ingevulde vragenlijst	0	7
De resultaten	2	5

Eén contactpersoon zorgverlener heeft problemen ervaren bij het afprinten van de gegevens van de patiënt, twee bij het afprinten van de resultaten.

3.3.2.5. Besluit

Alle betrokken OC's TGZ hebben de vragenlijst ingevuld. Uit de antwoorden blijkt dat de OC's TGZ geen problemen hebben ervaren met het organiseren van het multidisciplinair overleg. Voor drie OC's TGZ heeft MDS/RAI een meerwaarde, een OC TGZ antwoordt neutraal en één OC TGZ is minder overtuigd van de mogelijke meerwaarde. De meerwaarde van MDS/RAI voor het multidisciplinair overleg is volgens drie OC's TGZ het verschaffen van nieuwe informatie en het structureren van het overleg. De beide andere OC's TGZ ervaren geen meerwaarde van MDS/RAI voor het teamoverleg omwille van het ontbreken van

nieuwe informatie, onduidelijke resultaten en het moeilijk taalgebruik voor patiënt en familie. De veranderingen ten aanzien van het vorige projectjaar worden positief ervaren.

De algemene responsratio van de betrokken zorg- en hulpverleners is 86,67%. Ongeveer dertig procent van deze zorg- en hulpverleners heeft een ondersteunende en coördinerende functie en verleent dus niet zelf zorg aan de patiënt / cliënt. Gemiddeld heeft een zorg- of hulpverlener 3,3 MDS/RAI's ingevuld met een minimum van 1 en een maximum van 15. De gemiddelde tijdsinvestering bedraagt 27 minuten. Deze tijdsbesteding verschilt naargelang discipline met een gemiddelde van 11,44 minuten voor de huisarts en 44,29 minuten voor zelfstandig verpleegkundigen. Omwille van juridische en praktische redenen werd MDS/RAI door de diensten gezinszorg en verpleging door zowel een stafmedewerker / hoofdverpleegkundige als een verzorgende / verpleegkundige ingevuld, wat een dubbele tijdsinvestering impliceert.

Slechts enkele zorg- en hulpverleners hebben problemen ervaren bij het invullen van MDS/RAI via de webapplicatie: ongeveer 25% bij het invullen van MDS/RAI en 20% bij het gebruik van de webapplicatie. Elf betrokken zorg- en hulpverleners hebben ondanks ervaren problemen geen contact opgenomen met de helpdesk, waarbij twee zorg- en hulpverleners opmerken dat het weekeinde was. Ongeveer dertig procent van de betrokken zorg- en hulpverleners vond het invullen van MDS/RAI (eerder) moeilijk.

Voor ongeveer tachtig procent van de betrokken zorg- en hulpverleners heeft MDS/RAI een meerwaarde om een beter beeld te krijgen van de patiënt, ter voorbereiding van het multidisciplinair overleg, om de communicatie tussen zorgverleners te bevorderen en voor de inventarisatie van de zorgbehoefte. Een grote zeventig procent van de betrokken zorg- en hulpverleners vindt dat de berekende aandachtsdomeinen een meerwaarde hebben voor het multidisciplinair overleg.

De veranderingen ten aanzien van vorig jaar worden positief ervaren. Alleen de selectie van de patiënten en het aantal dagen om MDS/RAI in te vullen vindt een tien procent van de betrokken zorg- en hulpverleners negatief.

Het contacteren van de contactpersoon zorgverlener door de helpdesk om de resultaten te berekenen en te bespreken werd door geen enkele contactpersoon zorgverlener negatief ervaren.

3.4. Resultaten mondelinge bevraging

Ook werd door de onderzoekers gepeild naar de ervaringen van de OC's TGZ en betrokken zorg- en hulpverleners. Deze ervaringen werden in kaart gebracht aan de hand van telefonische interviews. De interviews werden gestructureerd op basis van een topic-lijst (zie bijlage 6). In totaal werden 2 OC's TGZ, 3 huisartsen, 2 verpleegkundigen in dienstverband, een zelfstandig verpleegkundige en 2 stafmedewerkers van diensten gezinszorg geïnterviewd. Alle gecontacteerde OC's TGZ en zorg- en hulpverleners namen deel aan het interview (responsratio 100%). In wat volgt worden de ervaringen van de OC's TGZ, daarna de huisartsen en tenslotte zorg- en hulpverleners toegelicht.

3.4.1. Interview met OC's TGZ

In tegenstelling tot vorig projectjaar verliep de **samenwerking met de betrokken zorg- en hulpverleners** volgens de OC's TGZ veel **vlotter**. Tijdens het vorige projectjaar werden aangevraagde overlegmomenten in de studie geïncludeerd, waardoor de OC TGZ de betrokken zorg- en hulpverleners telkens moest contacteren en motiveren om aan het project deel te nemen. Deze opdracht was heel tijdsrovend voor de OC's TGZ. Aangezien in het huidige project gekozen werd om te starten vanuit geëngageerde en bereidwillige zorg- en hulpverleners, werd het werk van de OC's TGZ verlicht.

De OC's TGZ merken op dat de **organisatie van het multidisciplinaire overleg** goed is verlopen. Volgens één OC TGZ vraagt de organisatie van een multidisciplinair team in het kader van het RAI-project meer werk omwille van de bijkomende administratie (bijvoorbeeld de onkostennota). De andere OC TGZ ervaart geen extra werkbelasting, aangezien de deelnemende huisartsen gekend zijn. De OC TGZ heeft een zicht op de agenda van deze huisartsen en weet wanneer de huisarts te bereiken zijn. Dit heeft als gevolg dat een overleg gemakkelijker te plannen is.

Nadat de betrokken zorg- en hulpverleners de MDS/RAI ingevuld hadden, werden de resultaten door de contactpersoon zorgverleners berekend. De helpdesk contacteerde zowel de contactpersoon zorgverlener als de OC TGZ om de berekende resultaten te bespreken. De OC's TGZ merken op dat alle resultaten tijdens een multidisciplinair team besproken werden. Het **bespreken van de resultaten** verliep zonder problemen. Er wordt wel benadrukt dat het belangrijk is om ofwel als OC TGZ de teamvergadering goed voor te bereiden (zodat het team op een redelijke tijdsspanne kan afgerond worden), ofwel dat één van de teamleden voldoende op de hoogte is om de resultaten met het team te bespreken. Bovendien vinden de OC's TGZ het belangrijk dat bij vragen rond de interpretatie van de resultaten contact kan opgenomen worden met de helpdesk.

De eerste keer is een beetje zoeken maar dan is dat eigenlijk heel goed verlopen. (abstract uit het interview met de overlegcoördinator, oktober 2007).

Voor mij waren de resultaten duidelijk. Ik heb wel het geluk gehad dat [de huisarts] van alles goed op de hoogte was. Hij heeft in het begin alle uitleg gedaan en ik heb dat dan later kunnen overnemen. Het was ook goed dat ik altijd met jullie contact kon opnemen als ik een vraag had over een resultaat. (abstract uit het interview met de overlegcoördinator, oktober 2007).

Voor beide OC's TGZ had de MDS/RAI een **meerwaarde** omwille van:

- een goede “opfrissing” van de patiënt,
- de informatieuitwisseling tussen de hulpverleners,
- het bespreken van zaken die anders niet aan bod zouden gekomen zijn,
- het ontdekken van blinde vlekken.

Je ontdekte dan toch wel, ja misschien mag je het wel zeggen, blinde vlekken. (abstract uit het interview met de overlegcoördinator, oktober 2007).

Er kwamen ook een aantal nieuwe dingen aan bod waar we dan enkele acties rond hebben kunnen ontwikkelen. (abstract uit het interview met de overlegcoördinator, oktober 2007).

In beide regio's werden er acties ondernomen op basis van de resultaten van de MDS/RAI. Zo werd bijvoorbeeld ter ondersteuning van de mantelzorg dagopvang georganiseerd. Voor

andere voorbeelden verwijzen we naar de analyse van de verslagen van de multidisciplinaire teams.

Voor **nieuwe patiënten** vinden de OC's TGZ het instrument minder nuttig. Ten eerste kunnen niet alle vragen van de MDS/RAI beantwoord worden, aangezien de betrokken zorg- en hulpverleners onvoldoende informatie hebben over de situatie van de patiënt. Ten tweede wordt de patiënt per aandachtsdomein besproken, waardoor het totaalbeeld van de patiënt verloren dreigt te gaan. Aangezien de betrokken zorg- en hulpverleners de situatie van de patiënt onvoldoende kennen, is het moeilijk om het totaalbeeld te bewaren.

Sommige vragen in de Screener kunnen eigenlijk niet beantwoord worden wanneer de patiënt onvoldoende gekend is. En dan stelden wij ons de vraag van wat als er een patiënt is die volledig nieuw is, hoe ga je dan die Screener eigenlijk juist kunnen invullen om dan die blinde vlekken te kunnen zien? (abstract uit het interview met de overlegcoördinator, oktober 2007).

De OC's TGZ stellen zich de vraag bij het **implementeren van de MDS/RAI** op grote schaal. Een eerste element bij de implementatie van MDS/RAI is de bereidwilligheid van alle betrokken zorg- en hulpverleners. Zorgverleners in de eerstelijns hebben al veel papierwerk. Het invullen van MDS/RAI komt daar bij. Bovendien werden de patiënten voor dit project geselecteerd op basis van bestaande dossiers en bereidwilligheid van de betrokken zorg- en hulpverleners. Bij implementatie op grote schaal zal dat niet meer het geval zijn. Ten tweede zullen er veel meer zorg- en hulpverleners betrokken zijn. Het contacteren en motiveren van deze zorg- en hulpverleners zal veel tijd vragen. Deze tijdsinvestering wordt niet haalbaar geacht.

Ik zie dat niet zozeer zitten om vanuit mijn stoel mensen te motiveren om dat in te vullen. Voor mij is het een beetje balast. (abstract uit het interview met de overlegcoördinator, oktober 2007).

Ik heb wel de bedenking van, gaat dan iedereen willen meewerken? (abstract uit het interview met de overlegcoördinator, oktober 2007).

3.4.2. Interview met de huisartsen

De drie huisartsen zijn tevreden over de doorgekregen informatie en verwachtingen. Voor één huisarts was het aanvankelijk niet duidelijk welke gegevens ingevuld moesten worden. Zowel het invullen van MDS/RAI als het werken met de webapplicatie leverde voor geen enkele huisarts problemen op¹⁴. Toch stelt één huisarts zich vragen rond de privacy aangezien de huisarts toegang had tot de volledige lijst met de namen van patiënten. Op die manier had deze huisarts zicht op alle patiënten die aan het project deelnamen.

Op basis van voorgaande ervaringen werd het onderzoeksprotocol aangepast. Deze veranderingen werden door de huisartsen als positief ervaren. De overschakeling van RAI home care naar RAI screener werd door de huisartsen enorm positief beschouwd.

We moesten minder invullen tegenover vorig jaar en dat was voor mij al een heel heel grote meerwaarde. (abstract uit het interview met de huisarts, oktober 2007).

De verandering van de RAI Home Care naar de Screener is essentieel. Pas op, geen verkeerd woord over de Home Care, maar dat is domweg niet haalbaar. (abstract uit het interview met de huisarts, oktober 2007).

Ten tweede werd gestart vanuit bereidwillige huisartsen. Aanvankelijk werd aan deze huisartsen gevraagd om enkele patiënten te selecteren waarvoor een multidisciplinair overleg nuttig was. Het bleek echter geen eenvoudige opdracht voor huisartsen om patiënten te selecteren. Bijgevolg werd aan betrokken zorg- en hulpverleners gevraagd om binnen hun bestand na te gaan voor welke patiënten van de deelnemende huisartsen een multidisciplinair overleg nuttig zou zijn. Vervolgens werden deze patiënten samen met de betreffende huisarts besproken en beslist of een overleg voor deze patiënt een meerwaarde zou hebben. Op deze laatste wijze werden de meeste patiënten geselecteerd. Een huisarts meldde deze betrokkenheid van de andere zorg- en hulpverleners bij de selectie van de patiënten enorm positief te vinden.

¹⁴ De drie geïnterviewde huisartsen hebben ook de voorbije jaren meegewerkt aan het RAI-project. Bijgevolg zijn ze deels vertrouwd met het project en de webapplicatie.

Dan bleek dat, wanneer er een aantal patiënten door de hulpverleners werden geselecteerd en dat ik dacht, hoe is dat nu mogelijk dat ik die heb kunnen vergeten! (abstract uit het interview met de huisarts, oktober 2007).

Wat de **resultaten** betreft, merken de geïnterviewde huisartsen op dat deze voldoende duidelijk zijn. Indien een geactiveerd aandachtsdomein als een probleem ervaren werd, werden acties voorgesteld. Zo werd bijvoorbeeld bij het aandachtsdomein “sociaal functioneren” acties ondernomen om de patiënt te stimuleren om meer buiten te komen. Eén huisarts merkt op dat het aandachtsdomein “depressie” misschien onvoldoende sensibel is. Dit aandachtsdomein werd voor een patiënt onterecht niet geactiveerd.

De huisartsen vinden dat de RAI zeker een **meerwaarde** biedt omwille van:

- het focussen op probleemgebieden
- het structureren van het overleg waardoor
 - het overleg korter wordt (van een uur naar een half uur)
 - er meer bereikt en beslist wordt
- het ontdekken van blinde vlekken

Verrassend in de zin van, van tiens, dit had ik precies nog niet door dat dit probleem zich stelde, dus dat vond ik wel goed.

Dus, u vond de resultaten wel een meerwaarde?

Ja, absoluut wel! (abstract uit het interview met de huisarts, oktober 2007).

Bijvoorbeeld gehoor en zicht zijn niet bepaald dingen die normaal op een teamvergadering aan bod komen, of er moet echt iets uit de pan rijzen. Nu komt dat automatisch wel aan bod, ook al is het maar heel efkes. Als er iets over moet gezegd worden, zal er wel iets over gezegd worden terwijl vroeger zou geen mens daar ooit aan denken om daar iets over te zeggen.

Incontinentie is ook een typisch voorbeeld, dat speelt heel vaak, maar vroeger kwam dat niet aan bod omdat dat niet in de stroomlijn zit van hoe wij gewoonlijk denken. Dit zijn een aantal dingen die je blinde vlekken kunt noemen. (abstract uit het interview met de huisarts, oktober 2007).

Om de implementatie van MDS/RAI te faciliteren formuleren twee huisartsen de aanbeveling om **andere “tools” aan MDS/RAI te koppelen**. Op die manier wordt in één beweging verschillende instrumenten ingevuld, waardoor de administratieve belasting van de huisarts

verminderd wordt. Voorbeelden van dergelijke “tools” zijn: het aanvragen van een rolstoel of parkeerkaart voor mindervaliden, formulier 3 en 4 voor medische inlichtingen betreffende de handicap en de weerslag ervan op de zelfredzaamheid, de aanvraag voor een gewaarborgd inkomen of een bijkomende premie voor bejaarden.

Indien het instrument zorgt voor winst en een verlossing is van het vele papierwerk zal dit huisartsen over de drempel van het digitale helpen. (abstract uit het interview met de huisarts, oktober 2007).

De implementatie van MDS/RAI zal een **cultuurverandering** van de betrokken zorg- en hulpverleners vragen. Zorg- en hulpverleners zijn niet vertrouwd om een assessment te gebruiken om zorg te plannen en evalueren. De huidige werkwijze is meer intuïtief. Bijgevolg zal bij een verandering van de cultuur weerstand komen. Indien de betrokken zorg- en hulpverleners het assessment als een extra opdracht beschouwen, zullen zij niet enthousiast zijn om hiermee te werken. De weerstand hiertegen zal verminderen indien de betrokken zorg- en hulpverleners de **meerwaarde** van het assessment inzien / ervaren.

Teneinde de resultaten tijdens het multidisciplinair team (vlotter) te kunnen bespreken, zouden de betrokken zorg- en hulpverleners voor het team de resultaten reeds moeten ontvangen en de mogelijkheid hebben om de resultaten door te nemen.

Een volgend punt betreft de haalbaarheid. Om MDS/RAI succesvol te implementeren is een goede helpdesk volgens de huisartsen van essentieel belang. Deze opdracht van deze helpdesk is om de betrokken zorg- en hulpverleners stap voor stap te begeleiden. Belangrijk daarbij is ook een goede bereikbaarheid, ook 's avonds. Een dergelijke helpdesk vraagt veel mankracht en een grote tijdsinvestering. De huisartsen stellen zich de vraag of deze begeleiding ook haalbaar is bij een groot aantal betrokken zorg- en hulpverleners.

Een goed bemande helpdesk is essentieel, als dat niet kan, kun je er beter niet aan beginnen. (abstract uit het interview met de huisarts, oktober 2007).

Ten tweede wordt gemeld dat het beter zou zijn als alle betrokken zorgverleners voor de start van de teamvergadering de resultaten ontvangen en reeds kunnen doornemen.

Ondertussen wordt al enkele jaren onderzoek naar de implementatie van MDS/RAI verricht. De huisartsen merken op dat er nood is aan duidelijkheid omtrent de implementatie van MDS/RAI. “Er moet een beslissing vallen over het al dan niet en de wijze van implementeren. Kleinschalig onderzoek is niet meer nodig.” Bij deze implementatie van MDS/RAI zijn enkele punten essentieel: duidelijke beslissing van de minister, informeren van alle betrokken zorg- en hulpverleners, vertrekken vanuit een kern waarna uitbreiding (cfr olievlek), maximale ondersteuning en minimale belasting van de zorg- en hulpverleners, vergoeding voor het invullen en bespreken van MDS/RAI, een goedwerkende website en geen koppeling van de resultaten aan financiering tijdens de eerste periode. Deze elementen werden tijdens interface (De Lepeleire ea, 2005) al geformuleerd en blijven essentieel.

3.4.3. Interview met de zorg- en hulpverleners

De meeste geïnterviewde zorg- en hulpverleners waren tevreden over het doorkrijgen van de informatie (het paswoord, het webadres, contactgegevens helpdesk, verwachtingen).

Ik vond het wel fijn dat we iedere keer een mail kregen met het paswoord en dat het tijd was om het in te vullen. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

Eén zorgverlener merkt op dat de verwachtingen niet volledig duidelijk waren. Deze te hoge verwachtingen werden uiteindelijk niet ingevuld. Zo had de zorgverlener bijvoorbeeld verwacht om meer hiaten in de hulpverlening te vinden.

We wisten eigenlijk niet goed wat te verwachten en ik denk dat onze verwachtingen veel hoger waren dan de antwoorden die we gekregen hebben. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

Het werken met de webapplicatie verliep voor drie van de vijf geïnterviewde zorg- en hulpverleners vlot (surfen naar de webpagina, het inloggen, het navigeren naar de verschillende secties, ...).

Ik had totaal geen problemen, het was heel duidelijk vond ik, het was echt niet moeilijk. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

De twee andere zorg- en hulpverleners hebben volgende problemen bij de webapplicatie ervaren:

- een bepaalde link die niet (goed) werkte.
- de niet opeenvolgende nummering van de verschillende secties en vragen (door het wegvallen van enkele secties en vragen bij de RAI screener van de RAI home care)
- naarmate meer patiënten in de lijst stonden, werd het moeilijker om de eigen patiënt / cliënt terug te vinden

Het invullen van MDS/RAI vraagt een zekere **tijdsinvestering**. Bovendien gebeurde het invullen van MDS/RAI in bepaalde diensten door een coördinerende functie in overleg met de zorg- of hulpverleners van de betrokken patiënt / cliënt of werd de papieren versie van de zorg- of hulpverlener door een coördinerende functie op de webapplicatie ingevoerd. Deze werkwijze betekende dubbel werk.

Ik was niet echt blij dat we weer mochten meewerken, want het is echt een tijdsinvestering. (abstract uit het interview met de zorg-of hulpverlener, oktober 2007).

De geïnterviewde zorg- en hulpverleners formuleerden ook enkele aandachtspunten voor de **vragen en antwoordmogelijkheden** van MDS/RAI. Bepaalde vragen / items zijn onduidelijk, dus bijkomende informatie op de webapplicatie zou voor deze items wenselijk zijn.

Hier en daar waren er dingen onduidelijk zoals de betekenis van IADL, hier had ik graag meer uitleg over gehad op het scherm. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

Verder wordt opgemerkt dat niet alle vragen gemakkelijk te beantwoorden zijn. Zo merkt een zorg- of hulpverlener op dat de gevraagde tijdsinvestering van de mantelzorg te gedetailleerd is, terwijl het zou volstaan om aan te geven of de huidige mantelzorg volstaat of niet. Ook zijn niet alle vragen van toepassing op de patiënt of cliënt. Eén hulpverlener heeft sommige vragen verkeerd geïnterpreteerd. Tijdens de teamvergadering werd deze verkeerde interpretatie rechtgezet. Tot slot zijn niet alle antwoordmogelijkheden aanwezig, bijvoorbeeld een rollator voor de verplaatsing van de patiënt.

De ondersteuning van de helpdesk werd door de zorg- en hulpverleners geapprecieerd.

Ik vond het ook heel positief dat er zo een helpdesk was, omdat ik via een bepaalde link niet op mijn cliënt kon geraken, en dan werd dat eigenlijk direct opgelost. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

Bij het bespreken van de resultaten in het team is het volgens de vijf geïnterviewde zorg- en hulpverleners belangrijk dat ofwel de OC TGZ ofwel een betrokken zorg- of hulpverlener voldoende vertrouwd is met MDS/RAI om de resultaten tijdens het team te verduidelijken. In de regio's waar deze voorwaarde vervuld was, verliep de bespreking van de resultaten vlotter dan in de andere regio's. Een andere mogelijkheid is om de formulering van de aandachtsdomeinen te vereenvoudigen.

De overlegcoördinator TGZ had al meerdere keren meegewerkt met het RAI-project en voor haar was dat gemakkelijk om de boel goed aan ons door te geven. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

De bewoordingen waren niet zo gemakkelijk. Het was wel duidelijk maar ik moest wel vijf keer lezen van, wat bedoelen ze hier nu eigenlijk. Dit zou eenvoudiger mogen. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

Eén zorg- of hulpverlener meldde dat hoewel de resultaten op het team besproken werden, er geen acties of afspraken aan gekoppeld werden. Als mogelijke reden hiervoor licht de betreffende zorg- of hulpverlener toe dat de situatie van deze patiënt door de betrokken zorg- en hulpverleners goed gekend was. Ook was de bestaande zorg goed geregeld, waardoor een bespreking eigenlijk niet meer nodig was. De resultaten en de bedoeling van de resultaten waren volgens de betreffende zorg- of hulpverlener duidelijk voor alle leden van het team.

De zorg- en hulpverleners benadrukken dat tijdens het team dieper wordt ingegaan op tegenstrijdige antwoorden.

Voor vier van de vijf geïnterviewde zorg- en hulpverleners had het gebruik van MDS/RAI een **meerwaarde**. Om deze meerwaarde te ervaren moeten volgens deze zorg- en hulpverleners enkele randvoorwaarden vervuld zijn. Ten eerste moeten de resultaten van MDS/RAI door het

multidisciplinair team besproken worden. In situaties waar weinig verandert of de zorg- en hulpverleners reeds nauw samenwerken, heeft MDS/RAI weinig (geen) meerwaarde.

Ik heb ook een aantal cliënten doorgekregen waar dat eigenlijk niet veel aan veranderd was. Dat was wel tijdverlies eigenlijk want je kon daar niks uithalen, niks wat was veranderd of waar je aandacht aan moest besteden. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

We hebben eigenlijk geen meerwaarde kunnen ontdekken. We hadden gehoopt om hiaten te vinden in de hulpverlening maar wat eruit gekomen is, waren dingen die we eigenlijk al heel lang wisten, daar moesten we echt niet die omslachtige schaal voor invullen. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

De ervaren meerwaarde bestaat uit volgens de geïnterviewde zorg – en hulpverleners uit volgende punten:

- het samenkomen met de verschillende betrokken zorg- en hulpverleners om informatie uit te wisselen;

Het is een meerwaarde aangezien we nog eens van elkaar hebben gehoord waar de problemen zaten. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

Je krijgt info van bijvoorbeeld de dokter waar jij geen weet van had of omgekeerd. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

Ik ben zelf nog meer te weten gekomen van mijn cliënten door aan tafel te gaan zitten met verpleging of dokter of kiné en dat vond ik toch wel heel zinvol. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

- een duidelijker beeld van de patiënt

We krijgen een duidelijker beeld van de patiënt nu in vergelijking met hoe we vroeger een teamvergadering deden. Eigenlijk een breder beeld. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

- op basis van het totaalbeeld van de patiënt verbeteracties plannen en uitvoeren

We hebben door die informatie een totaalbeeld gekregen. Zo zijn er soms verbeteringen in gezinnen kunnen gebeuren. (abstract uit het interview met de zorg -of hulpverlener, oktober 2007).

- het verduidelijken van de taakverdeling

De samenwerking is duidelijker geworden, duidelijker wie wat doet. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

- een efficiëntere teamvergadering

Het feit dat die papieren werden ingevuld maakt het team korter. (abstract uit het interview met de zorg- of hulpverlener, oktober 2007).

De houding ten aanzien van de veranderingen tegenover het vorige projectjaar zijn verdeeld. Alle geïnterviewde zorg- en hulpverleners vonden het positief om vanuit de huisarts te vertrekken. De deelnemende huisartsen waren bijgevolg bereid om mee te werken. In tegenstelling tot vorig jaar konden dit jaar door de medewerking van de huisartsen alle resultaten berekend worden.

Wat de selectie van de patiënten betreft, formuleren de zorg- en hulpverleners enkele kanttekeningen. De zorg- en hulpverleners hadden het gevoel dat er bepaalde patiënten gekozen werden waarvoor een overleg niet echt zinvol was. Bovendien werd opgemerkt dat de voorkeur voor bepaalde patiënten verschilde tussen de zorg- of hulpverlener en de huisarts. Er werd ook gemeld dat men nu “*een beetje verplicht*” op zoek moest gaan naar patiënten.

Over de overschakeling van RAI home care naar RAI screener zijn de meningen verdeeld. De zorg- en hulpverleners merken op dat de tijdsinvestering nog steeds groot is. Eén zorg of hulpverlener ervaart weinig verschil in tijdsinvestering tussen beide versies. Niettemin merken de zorg- en hulpverleners op dat de hoeveelheid vragen uit de RAI screener niet verder mag gelimiteerd worden. Anders wordt het beeld van de patiënt te beperkt. Eén zorg- of hulpverlener zou de RAI screener willen uitbreiden met enkele vragen uit de RAI home care.

Tot slot wordt opgemerkt dat de tijdsperiode om MDS/RAI in te vullen soms krap was vanwege de vakantieperiode.

Bij verdere implementatie van MDS/RAI is het belangrijk om deze (tijds)investering enkel te vragen in situaties waarvoor MDS/RAI een meerwaarde heeft, zoals situaties waarbij verschillende zorg- en hulpverleners betrokken zijn, complexe situaties, zwaar zorgbehoevende patiënten, ... Volgens de ondervraagde zorg- en hulpverleners is MDS/RAI niet geschikt voor opstartende zorgsituaties, bijvoorbeeld na ontslag uit het ziekenhuis.

Om dubbel werk te vermijden zouden alle betrokken zorg- en hulpverleners toegang moeten hebben tot een pc met internetverbinding. In het kader van het project werd voor bepaalde diensten een voorlopige oplossing gezocht, met name in invullen van MDS/RAI op papier door de zorgverlener en het invoeren via de webapplicatie door de coördinerende functie. Deze oplossing is bij algemene implementatie van MDS/RAI niet houdbaar.

De zorg- en hulpverleners benadrukken het belang van een goed uitgebouwde helpdesk, waar de zorg- en hulpverleners steeds terecht kunnen met alle vragen.

Tot slot is het belangrijk dat er voldoende subsidies worden voorzien om de tijdsinvestering van de zorg- en hulpverleners te vergoeden. Op die manier kan beter gegarandeerd worden dat MDS/RAI door de betrokken zorg- en hulpverleners nauwkeurig wordt ingevuld.

3.4.4. Besluit

In de telefonische interviews werd meer diepgaand gepeild naar de ervaringen van de OC's TGZ en de betrokken zorg- en hulpverleners. De OC's TGZ ervaren de veranderingen ten opzichte van het vorige projectjaar als positief. Door het vertrekken vanuit gemotiveerde huisartsen en andere zorg- en hulpverleners moest de OC TGZ de betrokkenen niet meer motiveren, waardoor de organisatie van het multidisciplinair overleg en de samenwerking met de verschillende zorg- en hulpverleners veel vlotter verliep. De OC's TGZ merken op dat bij implementatie van MDS/RAI de betrokken zorg- en hulpverleners moeten gemotiveerd worden, waardoor de tijdsinvestering stijgt en de haalbaarheid in vraag wordt gesteld. De extra administratieve taken, zoals het informed consent en de onkostennota, vragen wel een extra tijdsinvestering.

Voor het bespreken van de resultaten tijdens het team benadrukken de OC's TGZ het belang dat ofwel de OC TGZ ofwel één van de betrokken zorg- of hulpverleners voldoende vertrouwd is met de resultaten. De meerwaarde van MDS/RAI volgens de OC's TGZ is het opfrissen van de patiënt, het uitwisselen van informatie tussen zorgverleners, het ontdekken van blinde vlekken en het bespreken van punten die anders niet aan bod komen. In nieuwe situaties is MDS/RAI volgens de OC's TGZ niet nuttig.

De doorgevoerde veranderingen worden door de geïnterviewde huisartsen geapprecieerd: zowel de overschakeling van de RAI home care naar de RAI screener als het starten vanuit bereidwillige huisartsen. Bij de selectie van de patiënten wordt de betrokkenheid en de inbreng van de zorg- en hulpverleners gewaardeerd.

Ook voor de huisartsen heeft MDS/RAI een meerwaarde, namelijk het focussen op probleemgebieden, het structureren van het overleg en het ontdekken van blinde vlekken. De resultaten zijn voldoende duidelijk. Het multidisciplinair overleg zou nog efficiënter kunnen verlopen indien de betrokken zorg- en hulpverleners de resultaten voor het overleg ontvangen en bekijken.

Om de implementatie van MDS/RAI te faciliteren benadrukken de huisartsen het belang van het ervaren van de meerwaarde en het verminderen van de administratieve belasting. Zo stellen de huisartsen voor om andere “tools” aan MDS/RAI te koppelen, zodat de administratieve belasting voor de huisartsen wordt verminderd. Ook een goedwerkende en vlot bereikbare helpdesk is essentieel.

De meeste zorg- en hulpverleners hebben geen problemen ervaren bij het invullen van MDS/RAI via de webapplicatie. Toch werden tijdens de telefonische interviews enkele problemen gesteld. MDS/RAI heeft een meerwaarde voor het uitwisselen van informatie, het verduidelijken van de taakverdeling en het structureren van het team. In situaties waarbij zorg- en hulpverleners nauw samenwerken; een goede regeling bestaat en de toestand niet verandert, heeft MDS/RAI geen meerwaarde. Voor de bespreking van de resultaten tijdens het team benadrukken ook de zorg- en hulpverleners het belang dat één van de teamleden voldoende inzicht heeft in de resultaten van MDS/RAI.

De meningen van de geïnterviewde zorg- en hulpverleners ten aanzien van de veranderingen zijn verdeeld. De overschakeling van RAI home care naar RAI screener vergde volgens de

betrokken zorg- en hulpverleners nog een (te) grote tijdsinvestering. Niettemin benadrukken enkele zorg- en hulpverleners dat de RAI screener niet verder gelimiteerd mag worden en omwille van de inhoudelijke meerwaarde eventueel uit te breiden met enkele items uit de RAI home care. Een tweede punt betreft de selectie van de patiënten. Door de huidige werkwijze werden enkele patiënten geselecteerd waarvoor een overleg volgens de betrokken zorg- en hulpverleners minder nuttig is.

Bij implementatie moet rekening gehouden worden met de selectie van de patiënten waarvoor een MDS/RAI wordt ingevuld. In complexe zorgsituaties met zwaar zorgbehoevende patiënten, waarbij verschillende zorg- en hulpverleners betrokken zijn heeft MDS/RAI een meerwaarde. De zorg- en hulpverleners benadrukken dat enkele voorwaarden moeten vervuld zijn om MDS/RAI in te vullen: ten eerste moet de nodige logistiek aanwezig zijn (pc, internet) en ten tweede de nodige ondersteuning (praktisch vanuit een helpdesk en financieel om de tijdsinvestering van de zorg- en hulpverleners te compenseren).

4. Algemeen besluit

Het onderzoeksprotocol van deze studie werd opgesteld op basis van de bestaande ervaringen, zowel uit het vorige projectjaar als uit de interface-studie (De Lepeleire ea, 2005). Het project startte met het rekruteren van bereidwillige huisartsen. Aan deze huisartsen werd gevraagd om een drietal patiënten te rekruteren waarvoor een multidisciplinair overleg zinvol zou zijn. Via deze weg werden slechts enkele patiënten gerekruteerd. Uit een rondvraag bij de huisartsen bleek dat zij ondersteuning nodig hadden bij het rekruteren van patiënten. Bijgevolg werd aan de thuiszorgorganisaties gevraagd om patiënten van de deelnemende huisartsen te selecteren en in overleg met de huisarts na te gaan voor welke patiënt een overleg zinvol zou zijn. Op deze manier werden vele patiënten geselecteerd. Aangezien een aantal huisartsen uit dezelfde regio afkomstig waren, werden ook de overlegcoördinatoren TGZ van deze regio overstelpst met aanvragen. Bijgevolg werd besloten om naar bijkomende huisartsen uit andere regio's te zoeken.

Ten tweede werd geopteerd voor maximale ondersteuning van de OC's TGZ en de betrokken zorg- en hulpverleners. Vanuit de helpdesk werd de logins aangemaakt, MDS/RAI opgestart,

nodige documenten naar de betrokken zorg- en hulpverleners gestuurd. Na enkele dagen werden de huisarts en de contactpersoon zorgverlener door de helpdesk gecontacteerd om, indien nodig, ondersteuning te bieden bij het gebruik van de webapplicatie of het invullen van MDS/RAI. Omwille van de ervaren drempel om de helpdesk te contacteren, werd tijdens het project besloten om deze ondersteuning uit te breiden naar alle betrokken zorg- en hulpverleners.

Na het multidisciplinair invullen van MDS/RAI werd de contactpersoon zorgverlener en de OC TGZ gecontacteerd om samen de resultaten te berekenen en te bespreken. Omwille van de haalbaarheid werd tijdens het project besloten om over te schakelen van de volledige RAI home care naar de RAI screener.

Alle vragen en opmerkingen aan de helpdesk werden geregistreerd en geanalyseerd. Na afloop werd een korte vragenlijst aan de OC's TGZ (responsratio 100%) en aan alle betrokken zorg- en hulpverleners (responsratio 86,67%) verstuurd om naar hun ervaringen te peilen. Om deze ervaringen verder te exploreren werden enkele OC's TGZ en betrokken zorg- en hulpverleners telefonisch geïnterviewd. Niemand weigerde aan het telefonisch interview deel te nemen. Tot slot werden de verslagen van het multidisciplinair overleg opgevraagd.

In totaal werden 58 patiënten in de studie geïncludeerd, waarvan 20 mannen en 38 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 74,88 jaar. Drie patiënten zijn tijdens de inputfase overleden. Eén overleg werd uitgesteld wegens ziekte van één van de betrokken zorg- en hulpverleners. Uiteindelijk werd voor 54 patiënten een multidisciplinair overleg georganiseerd. Gemiddeld waren er per patiënt 2,62 zorgverleners betrokken (exclusief OC TGZ). Bij het invullen van MDS/RAI voor deze patiënten waren in totaal 76 verschillende zorg- en hulpverleners betrokken (inclusief de 5 OC's TGZ).

Er wordt achtereenvolgens stilgestaan bij de houding ten aanzien van de doorgevoerde veranderingen in het onderzoeksprotocol, het invullen van MDS/RAI, het gebruik van de webapplicatie, de meerwaarde van MDS/RAI en het bespreken van de resultaten tijdens het multidisciplinair.

Het vertrekken vanuit bereidwillige huisartsen en zorg- en hulpverleners wordt door alle betrokkenen gewaardeerd. Aangezien de betrokken zorg- en hulpverleners niet meer

gemotiveerd moesten worden, verliep de organisatie van het multidisciplinair overleg en de samenwerking met de betrokken zorg- en hulpverleners volgens de OC's TGZ bovendien veel vlotter. De huisartsen apprecieerden de inbreng en betrokkenheid van de andere zorg- en hulpverleners bij de selectie van patiënten. Enkele zorg- en hulpverleners zijn minder tevreden over de selectie van de patiënten. Door de gebruikte werkwijze werden enkele patiënten geselecteerd waarvoor buiten het project op dat moment geen overleg zou gevraagd zijn. Hoewel op termijn voor deze zorgsituaties een overleg zou gevraagd zijn, ervaren enkele zorg- en hulpverleners het overleg op dat moment als minder zinvol of dat "verplicht" enkele overlegsituaties gecreëerd werden. Bovendien werd opgemerkt dat de voorkeur van de huisarts en de betrokken zorg- of hulpverlener in bepaalde situaties verschillend was. Ook werden enkele kanttekeningen gemaakt bij het aantal dagen om MDS/RAI in te vullen. Door de vakantieperiode hadden de betrokken zorg- en hulpverleners geen (ervaren) voordeel bij de langere inputfase. In enkele situaties was het, omwille van de vakantieperiode, niet mogelijk om na het invullen van MDS/RAI en het berekenen van de resultaten binnen een redelijke termijn een multidisciplinair overleg te plannen. De overschakeling van MDS/RAI naar RAI screener wordt in de schriftelijke bevraging positief ervaren. Niettemin merken enkele zorg- en hulpverleners tijdens de telefonische interviews op dat het invullen nog een grote tijdsinvestering vraagt. Niettegenstaande wordt benadrukt dat de RAI screener een minimum aan gegevens inventariseert.

Ongeveer 75 % van de betrokken zorg- en hulpverleners heeft geen problemen ervaren bij het invullen van MDS/RAI. Ten eerste wordt de vraag gesteld wie welke gegevens moet invullen. Vanuit LISTELvzw werd conform de Limburgse Code geopteerd om alle betrokken zorg- en hulpverleners de mogelijkheid te geven om alle vragen te beantwoorden (behalve de medische vragen). Enkele zorg- en hulpverleners merken op dat niet alle vragen kunnen ingevuld worden: niet elke discipline heeft zicht op alle aspecten; bepaalde vragen lijken niet relevant voor de situatie; gewenste antwoord staat niet tussen de mogelijkheden; de situatie van de patiënt is erg wisselend. Ondanks de beperktere versie vraagt het invullen van de RAI screener toch nog een zekere tijdsinvestering. Gemiddeld zeggen de betrokken zorg- en hulpverleners 27 minuten aan hun laatste patiënt te werken, met ene gemiddelde van 11,4 voor de huisartsen en 44,29 voor zelfstandig verpleegkundigen. Voor de diensten gezinszorg en verpleging impliceerde het invullen van MDS/RAI omwille van respectievelijk wettelijke en praktische redenen een dubbele tijdsinvestering. Door het wegvallen van bepaalde items en

secties is de nummering van de RAI screener onlogisch en verwarrend. Dertig procent vindt het invullen van MDS/RAI (eerder) moeilijk.

Tachtig procent van de betrokken zorg- en hulpverleners heeft geen problemen gehad met de webapplicatie. Enkele voorwaarden om de webapplicatie te gebruiken zijn de beschikbaarheid van een PC, internet en de nodige vertrouwdheid / ervaring om hiermee te werken. In het kader van het project werden hiervoor creatieve oplossingen gezocht. Enkele oplossingen betekenden dubbel werk voor de zorg- of hulpverleners. Verdere implementatie vraagt om een meer structurele oplossing. De helpdesk noteerde vragen over het surfen naar de website, het inloggen, het navigeren naar de vragenlijst, het opslaan van de gegevens en de wijze waarop naar de volgende patiënt kon worden gegaan en het terugvinden van de patiënt in de uitgebreide lijst. Enkele zorg- en hulpverleners contacteerden de helpdesk met de vraag om na te gaan of alles correct verlopen is.

De betrokken zorg- en hulpverleners werden systematisch door de helpdesk gecontacteerd om, indien nodig, ondersteuning te bieden bij het invullen van MDS/RAI of het gebruik van de webapplicatie. Dertig procent van de betrokken zorg- en hulpverleners heeft zelf de helpdesk gecontacteerd. Uit de schriftelijke bevraging blijkt dat elf zorg- en hulpverleners de helpdesk niet gecontacteerd heeft bij problemen. Twee van deze zorg- en hulpverleners noteren dat de problemen in het weekeinde ervaren werden. In de telefonische interviews benadrukken de zorg- en hulpverleners het belang van een goed bemande en bereikbare helpdesk.

Ongeveer tachtig procent van de betrokken zorg- en hulpverleners ervaart een meerwaarde van MDS/RAI: om een beter beeld te krijgen van de patiënt (81,82%), ter voorbereiding van het multidisciplinair overleg (79,41%), om de communicatie tussen zorgverleners te bevorderen (79,41%) en om de zorgbehoefte te inventariseren (78,79%). Een dikke zeventig procent vindt dat de aandachtsdomeinen een meerwaarde hebben voor het multidisciplinair overleg. Tijdens de telefonische interviews worden volgende positieve elementen vermeld: het opfrissen van het beeld van de patiënt, het uitwisselen van informatie tussen zorg- en hulpverleners, het structureren van het teamoverleg, het efficiënter maken van het teamoverleg (door een goede voorbereiding kan de gespendeerde tijd gelimiteerd worden en worden er meer bereikt). Er wordt benadrukt dat de deelnemers tijdens het overleg over de uitgeprinte resultaten moeten beschikken. Om het overleg nog efficiënter te laten verlopen,

wordt voorgesteld dat de betrokken zorg- en hulpverleners de resultaten voor het multidisciplinair overleg ontvangen en bekijken.

Zowel de OC's TGZ als de betrokken zorg- en hulpverleners beklemtonen tijdens de telefonische interviews het belang dat ofwel de OC TGZ ofwel een van de betrokken zorg- en hulpverleners voldoende vertrouwd is met de resultaten van MDS/RAI om deze aan het team te verduidelijken. De ondersteuning vanuit de helpdesk bij het berekenen en interpreteren van de resultaten werd gewaardeerd. Vanuit de helpdesk werd in de beginfase onzekerheid bij de betrokken zorg- en hulpverleners geregistreerd om de resultaten in het multidisciplinair team te bespreken. Naarmate de betrokkenen meer vertrouwd werden met de resultaten verdween deze onzekerheid. Een andere mogelijkheid is om de formulering van de resultaten te vereenvoudigen.

De zorg- en hulpverleners merken op dat MDS/RAI niet in elke situatie een meerwaarde heeft. MDS/RAI heeft geen meerwaarde bij opstartende situaties; situaties waarbij de zorg- en hulpverleners nauw samenwerken; situaties waarbij de zorg voldoende geregeld is; situaties waar weinig verandert. Een meerwaarde wordt bereikt in meer complexe zorgsituaties met een zwaar zorgbehoevende patiënt waarbij verschillende zorg- en hulpverleners betrokken zijn.

5. Aanbevelingen

De huidige resultaten bevestigen onze eerdere ervaringen en aanbevelingen in het Interface-project (De Lepeleire ea, 2005). Ten eerste is er nood aan een duidelijke beslissing van de minister over het al dan niet implementeren van MDS/RAI en de wijze waarop. Ook moet duidelijkheid gecreëerd worden met betrekking tot privacy en het beheer van de geregistreerde gegevens op de webapplicatie. Er moet hierover een voldoende, open, tijdige, frequente en accurate communicatie zijn met de betrokken zorg- en hulpverleners.

Bij de implementatie van MDS/RAI is het belangrijk te vertrekken vanuit een kleine kern bereidwillige zorg- en hulpverleners. De ervaren meerwaarde van MDS/RAI versterkt het enthousiasme, waardoor de weerstand van andere zorg- en hulpverleners zal verminderen. Op

die manier wordt de implementatie van MDS/RAI als een olievlek verspreid. Om een meerwaarde te ervaren moeten een aantal voorwaarden vervuld zijn: het moet een complexe zorgsituatie zijn rond een zorgbehoevende patiënt waar verschillende zorg- en hulpverleners betrokken zijn. Bovendien moet de situatie voldoende gekend zijn om MDS/RAI te kunnen invullen. In de consensustekst van het interface-rapport werd een voorstel geformuleerd voor een getrapt systeem, waarbij naarmate de situatie complexer werd een uitgebreider assessment gebeurde.

De haalbaarheid van het instrument is een belangrijk aspect bij de implementatie. De ervaren tijdsinvestering maakt deel uit van deze haalbaarheid. RAI home care vraagt een te grote tijdsinvestering van de betrokken zorg- en hulpverleners. Aangezien een beperktere versie van de RAI home care bestaat, namelijk de RAI screener, daalt de tijdsinvestering en neemt de haalbaarheid toe. Wat de resultaten betreft, worden enkele aandachtsdomeinen niet berekend en enkele andere minder goed ondersteund. De schalen worden door beide instrumenten berekend. Het starten met RAI screener moet overwogen worden.

Een tweede element bij de haalbaarheid is de administratieve belasting van de OC's TGZ en de betrokken zorg- en hulpverleners. In het kader van het project werden extra administratieve taken gevraagd (IC, onkostennota). Deze worden door de betrokkenen als een extra belasting ervaren, waardoor de weerstand toeneemt. Bij implementatie moet de administratie zoveel mogelijk ingeperkt worden. Ook moet nagegaan worden in welke mate bepaalde "tools" aan de applicatie kunnen gekoppeld worden. Op die manier ervaren de betrokken zorg- en hulpverleners een extra meerwaarde van de applicatie.

De betrokken zorg- en hulpverleners moeten maximaal ondersteund worden bij het invullen van MDS/RAI en het gebruik van de webapplicatie. Deze helpdesk moet goed bemand bereikbaar zijn (ook 's avonds en in de weekeindes). Uit onze ervaringen blijkt dat deze ondersteuning onvoldoende is. Bepaalde zorg- en hulpverleners ervaren een drempel bij het contacteren van de helpdesk. Bijgevolg stellen we voor om bij het opstarten van MDS/RAI alle betrokken zorg- en hulpverleners te contacteren. Het aanbieden van een dergelijke ondersteuning vraagt een grote tijdsinvestering. Er moeten voldoende tijd en middelen hiervoor ter beschikking gesteld worden.

Om MDS/RAI op grotere schaal te implementeren moeten enkele randvoorwaarden vervuld zijn. Zo moeten de betrokken zorg- en hulpverleners bijvoorbeeld kunnen beschikken over een computer en internetverbinding. Het invullen van MDS/RAI vraagt een zekere tijdsinvestering. Voor bepaalde diensten impliceert het invullen een dubbele tijdsinvestering. Er moet een vergoeding voorzien worden om deze tijdsinvestering te compenseren. In het kader van het project werd gestart vanuit een vaste kern van enthousiaste en bereidwillige zorg- en hulpverleners. Deze succesverhalen zijn een noodzakelijke voorwaarde om andere zorg- en hulpverleners te stimuleren / overtuigen om MDS/RAI te gebruiken. Niettemin moet rekening gehouden worden met de nodige weerstand. Bovendien hebben deze zorg- en hulpverleners mogelijk nog meer nood aan begeleiding en ondersteuning bij het gebruik van MDS/RAI. Voor het succesvol implementeren van MDS/RAI moeten bijgevolg voldoende (financiële) middelen voorzien worden. Het invoeren van MDS/RAI mag in de beginfase evenwel geen effect hebben op de financiering van de diensten / organisaties / disciplines. Deze mogelijke koppeling moet bovendien verder onderzocht worden. Tot slot is een goed werkende en gebruiksvriendelijke website essentieel.

Referentie

De Lepeleire J, Falez F, Swine C, Ylieff M, Pepersack T, Buntinx F. Interface: Rapport 2005. Leuven – Bruxelles, Interface 2005.

Bijlage 1: Schriftelijke toelichting huisarts

Het RAI-project

Bevordering van de communicatie tussen zorgverstrekkers betrokken bij de zorg voor oudere afhankelijke patiënten

Achtergrond

MDS/RAI is een instrument om de zorgbehoefte bij ouderen **multidisciplinair** in kaart te brengen. Deze inventarisatie van de zorgbehoefte gebeurt door de verschillende visies van de betrokken zorgverleners op een **systematische** wijze te bevragen.

Het inventariseren van de zorgbehoefte door de verschillende betrokken zorgverleners gebeurt als voorbereiding op het teamoverleg. Na het invullen van het MDS/RAI worden een aantal resultaten berekend. Deze resultaten kunnen een leidraad zijn / een structuur bieden voor het teamoverleg (om de zorg te plannen). Eén van de resultaten zijn aandachtsdomeinen. Deze aandachtsdomeinen hebben een signaalfunctie voor mogelijke probleemgebieden bij de oudere in kwestie. De betrokken zorgverleners bespreken tijdens het team of de geactiveerde aandachtsgebieden een probleem zijn. Indien het aandachtsdomein een probleem is, wordt nagegaan of / welke actie nodig is en door welke zorgverlener deze geboden wordt.

Door het systematisch inventariseren van de verschillende visies en het bespreken van de output worden mogelijke **“blinde” vlekken** ontdekt.

RAI-project knelpunten 2006 – leerpunten 2007

In Limburg hebben een aantal zorgverleners ervaring in het werken met MDS/RAI. Uit deze ervaring werden enkele leerpunten geformuleerd voor het huidige project. Deze leerpunten komen in belangrijke mate overeen met de besluiten en het implementatieplan van het Interface-project. Het Interface-project (2003-2005) had als doelstelling instrumenten die de zorgbehoefte bij ouderen in kaart brengen met elkaar te vergelijken en na te gaan in welke

mate deze instrumenten haalbaar zijn in de praktijk. Daarbij werd MDS/RAI uitgetest. De belangrijkste leerpunten zijn:.

- **Kleinschaligheid:** niet de kwantiteit maar de kwaliteit telt. Bijgevolg wordt gekozen om de zorgverleners rond enkele patiënten een **intensieve en persoonlijke begeleiding en ondersteuning** te geven bij het invullen, berekenen en interpreteren van resultaten, zodat de **meerwaarde van MDS/RAI** ten volle kan nagegaan worden.
- De **huisarts heeft een centrale rol**. De bijdrage van de huisarts is noodzakelijk, bijgevolg worden een aantal maatregelen genomen ter ondersteuning van de huisarts:
 - Het project start bij de huisarts. De huisarts selecteert de patiënten.
 - MDS/RAI wordt bijgevolg ingevuld in situaties waarin het een meerwaarde kan hebben.
 - De huisarts krijgt ondersteuning op maat.
- Gebruiksvriendelijke website
- Werkwijze die bij de Limburgse gewoontes aansluit
- De administratie wordt zoveel mogelijk beperkt.

Voorstel RAI-project 2007

Wij vragen u om **drie oudere patiënten te selecteren** waarvoor het invullen en bespreken van de resultaten van MDS/RAI een meerwaarde kan zijn. Enkele mogelijke voorbeelden zijn: zorgbehoevende ouderen op de wachtlijst van het RVT, situaties waarin de draagkracht van de mantelzorg verminderd, ouderen ontslaan uit het ziekenhuis waarvoor de thuiszorg moet ge(re)organiseerd worden, ...

Er wordt gevraagd van deze drie patiënten de **betrokken zorgverleners** door te geven en aan te duiden welke zorgverlener het beste zicht heeft op de situatie van de patiënt.

Na het doorsturen van de patiënten, worden de nodige logins aangemaakt door het ACHG.

Elke maand wordt **één MDS/RAI** voor één patiënt ingevuld. U vult het medische gedeelte van het MDS/RAI in (maximum 20 minuten per MDS/RAI, waarbij een leerproces verwacht wordt voor de tweede en derde keer). Bij de start wordt u telefonisch gecontacteerd door de helpdesk om **ondersteuning op uw maat** te bieden. Het is mogelijk om een afspraak te maken, zodat iemand bij u langs komt om gezamenlijk MDS/RAI in te vullen. Indien u telefonische ondersteuning wenst, kan deze ook aangeboden worden.

De zorgverlener die het beste zicht heeft op de situatie van de patiënt begint met het invullen van de andere (niet-medische) delen van MDS/RAI. Na het invullen door deze zorgverlener hebben de andere betrokken zorgverleners de mogelijkheid om MDS/RAI verder aan te vullen of andere meningen te geven. De zorgverleners kunnen voor het invullen van MDS/RAI eveneens beroep doen op een telefonische helpdesk. Vervolgens worden de resultaten berekend door de eerste zorgverlener. Deze zorgverlener krijgt vanuit het ACHG ondersteuning bij het berekenen en interpreteren van deze resultaten.

Tot slot worden de **resultaten besproken tijdens het teamoverleg**, dat door de overlegcoördinator TGZ georganiseerd wordt. Op deze manier kan de meerwaarde van MDS/RAI nagegaan worden.

Per ingevulde MDS/RAI wordt een vergoeding van 40 euro per zorgverlener voorzien. Indien het overleg voldoet aan de voorwaarden voor een vergoedbaar multidisciplinair overleg kan ook deze vergoeding aangevraagd worden (conform de GDT-regelgeving).

Na het invullen en bespreken van de resultaten van de drie patiënten, wordt gevraagd een **korte vragenlijst** (een keer) in te vullen. Enkele zorgverleners zullen gevraagd worden om deel te nemen aan een diepte-interview. Op basis van deze ervaringen wordt het proces verder bijgestuurd en aanbevelingen aan de overheid geformuleerd.

Bijlage 2: Inclusiecriteria

Zorgbehoevendheid

- **OF een T7, A-, B- of C-forfait** thuisverpleging
- **OF 12 punten** (categorie 3) in kader van de tegemoetkoming hulp aan bejaarden
- **OF een BELscore ³ 35**

Leeftijd: ³ **65 jaar** (afwijking enkele jaren is toegestaan)

Verplichte aanwezigheid van:

- **Huisarts**
- **Thuisverpleegkundige**
- **Dienst gezinszorg** (aanwezig of intentie om in nabije toekomst dienst gezinszorg in te schakelen)

Triggers

(deze items zijn niet verplicht, maar kunnen een hulpmiddel zijn om patiënten te selecteren)

- Draaglast mantelzorg > draagkracht mantelzorger
- Gebrek aan mantelzorgers
- >2 zorgverstrekkers betrokken bij de zorg
- Vraag naar bijkomende diensten
- Vraag naar oppashulp
- Verhoging van aanbod van reeds betrokken dienst
- Vraag naar plaatsing, naam op wachtlijst rusthuis
- Persoon is gevallen in de laatste 3 maanden of verhoogd valrisico
- Ouderdomsverschijnselen die leiden tot hulpmiddel
- Gevorderd stadium van dementie
- Diabetespatiënt met regelmatige hypoglycemie

Bijlage 3: Informed consent

TOESTEMMING DEELNAME RAI-PROJECT

Het onderzoek waarvoor uw deelname wordt gevraagd, tracht een beeld te schetsen van de toestand en behoeften van thuiswonende ouderen waarbij zorg en hulp wordt verleend door minstens een huisarts, een thuisverpleegkundige en een dienst voor gezinszorg.

Aan de zorg- en hulpverleners die u omringen wordt gevraagd de verschillende aspecten van uw zorgsituatie samen te leggen via een invulformulier dat per computer zal worden ingevuld. De vraag tot een multidisciplinair overleg en de bespreking van uw zorgsituatie ligt aan de basis van uw selectie.

Aan de hand van de gebundelde en vergeleken gegevens krijgen uw zorg- en hulpverleners een beter zicht op uw huidige zorgsituaties met aandacht voor preventie. De bespreking van de gegevens is er op gericht de kwaliteit van uw thuiszorgsituatie te verbeteren en verhogen.

Voor het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is uw toestemming nodig. Door dit document te ondertekenen gaat u ermee akkoord dat de ingezamelde persoonsgegevens worden gebruikt tijdens het multidisciplinair overleg en worden verwerkt in de studie. Het is voor de betrouwbaarheid van de onderzoeksgegevens van groot belang dat zoveel mogelijk mensen aan het onderzoek deelnemen. U heeft het volste recht om te weigeren aan deze studie mee te werken of zelfs om tijdens het onderzoek af te zien van medewerking zonder verder opgave van reden.

Ik begrijp dat in het kader van deze studie gegevens worden ingezameld en verwerkt, en ga hier vrijwillig mee akkoord. Ik machtig ook mijn zorg- en hulpverleners de gevraagde gegevens die op mij betrekking hebben aan de onderzoekers door te geven.

Opgemaakt op te

Handtekening van de patiënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger

.....

Bijlage 4: Vragenlijst OC's TGZ

Evaluatieformulier Overlegcoördinatoren TGZ

Algemene vragen

V1 Hoe vaak heeft u sinds Nieuwjaar 2007 een multidisciplinair overleg georganiseerd?

(kruis het juiste antwoord aan)

- ☐ Ongeveer één keer per maand
- ☐ Ongeveer 2 à 3 keer per maand
- ☐ Ongeveer één keer per week
- ☐ Meerdere keren per week

V2 Voor hoeveel patiënten heeft u in het kader van het RAI-project de voorbije maanden een overleg georganiseerd? patiënten

Vragen over de organisatie

V3 Hoe is de organisatie van het overleg verlopen?

- ☐ Zeer vlot
- ☐ Vlot
- ☐ Niet vlot, maar ook niet moeizaam
- ☐ Moeizaam
- ☐ Zeer moeizaam

V4 Heeft u problemen ervaren bij de organisatie van het geheel? (omcirkel het juiste antwoord)

Taken			
Algemeen	JA	NEEN	Niet van toepassing
Verspreiden documenten aan de betrokken zorgverleners	JA	NEEN	Niet van toepassing
Motiveren zorgverleners tot deelname aan team	JA	NEEN	Niet van toepassing
Motiveren zorgverleners tot deelname aan invullen RAI	JA	NEEN	Niet van toepassing
Motiveren zorgverleners tot deelname aan web-applicatie	JA	NEEN	Niet van toepassing
Verspreiden nodige informatie	JA	NEEN	Niet van toepassing
Andere	JA	NEEN	Niet van toepassing

V5 Heeft u problemen ervaren bij het afprinten van

De gegevens van de patiënt	JA	NEEN	Niet van toepassing
De ingevulde vragenlijst	JA	NEEN	Niet van toepassing
De resultaten	JA	NEEN	Niet van toepassing

**V6 Op basis van de ervaringen van vorig jaar werden enkele veranderingen
doorgevoerd. Hoe heeft u deze ervaren?**

	Ze positief	Eerder positief	Neutraal	Eerder negatief	Ze negatief
Starten vanuit huisarts Opmerking.....					
Selectie patiënten Opmerking.....					
Aantal dagen om MDS/RAI in te vullen Opmerking.....					
Het berekenen van de resultaten door een van de betrokken zorgverleners Opmerking.....					
Het contacteren door de helpdesk van de contactpersoon (dit is de zorgverlener die het beste zicht heeft op de situatie van de patiënt) en / of de overlegcoördinator om de resultaten van MDS/RAI te bespreken Opmerking.....					
De overschakeling van de (langere) RAI home care naar de (kortere) RAIscreener Opmerking.....					

Vragen over RAI

V7 Vindt u het RAI een nuttig instrument?

	Helemaal niet	Eerder niet	Niet nuttig en niet onnuttig	Eerder wel	Ze zeer
Algemeen					
Voor de inventarisatie van de zorgbehoeften					
Om een beter beeld te krijgen van de patiënt					
Om blinde vlekken te ontdekken					
Ter voorbereiding van het multidisciplinair overleg					
Om communicatie tussen de zorgverleners te bevorderen					
Ter voorbereiding van het zorgplan					

V8 Werden de aandachtsdomeinen (dit is de lijst met mogelijke aandachtspunten, waarvan enkele geactiveerd werden) tijdens het teamoverleg besproken?

- ☐ Ja, voor alle patiënten
- ☐ Ja, voor bepaalde, maar niet alle patiënten
- ☐ Neen

V9 Hebben deze aandachtsdomeinen volgens u een meerwaarde voor het multidisciplinair overleg? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ Ja
 - Nieuwe informatie (blinde vlekken)
 - Duidelijkere taakafspraken tussen zorgverleners
 - Structureren van overleg
 - Andere,
 -
- ☐ Neen
 - Geen nieuwe informatie
 - Resultaten zijn onduidelijk
 - Moeilijk taalgebruik voor de patiënt en zijn familie
 - Andere,
 -
- ☐ De resultaten werden voor geen enkele van mijn patiënten besproken

V10 Werden de schalen, meer bepaald de cognitieschaal, de depressieschaal en de ADL-schaal van MDS/RAI tijdens het teamoverleg besproken?

- ☐ Ja, voor alle patiënten
- ☐ Ja, voor bepaalde, maar niet alle patiënten
- ☐ Neen

V11 Hebben deze schalen volgens u een meerwaarde voor het multidisciplinair overleg?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

V12 Hieronder vindt u een overzicht van mogelijke redenen waarom de resultaten (dit zijn zowel de schalen als de aandachtsdomeinen) tijdens een teamoverleg niet besproken werden. Kan u aanduiden welke oorzaken bij u van toepassing waren (meerdere antwoorden zijn mogelijk):

- ☐ Het berekenen van de resultaten lukte niet, omwille van (*gelieve aan te kruisen welke*)
 - ☐ ontbrekende antwoorden
 - ☐ tegenstrijdige antwoorden
 - ☐ deadline
 - ☐ andere
- ☐ De interpretatie van één of meer schalen was niet duidelijk
- ☐ De interpretatie van de aandachtsdomeinen was niet duidelijk
- ☐ Het printen van de resultaten lukte niet.
- ☐ De resultaten werden door het team beschouwd als (*gelieve aan te kruisen welke*)
 - ☐ Niet waardevol
 - ☐ Onvolledig
 - ☐ Andere
- ☐ Tijdsdruk
- ☐ Andere, namelijk
- ☐ Niet van toepassing (alle resultaten werden besproken)

V13 Hebt u nog opmerkingen of suggesties ter verbetering?

.....

.....

.....

Wij danken u voor uw medewerking!

Bijlage 5: Vragenlijst betrokken zorg- en hulpverleners

Evaluatieformulier MDS/RAI voor zorgverleners

Algemene vragen

V1 Tot welke discipline of organisatie behoort u?

- ☐ Verpleegkundige
 - ☐ Zelfstandig
 - ☐ In dienstverband
- ☐ Huisarts
- ☐ Gezinszorg
 - ☐ Private dienst
 - ☐ OCMW
- ☐ Kinesitherapeut
- ☐ Andere paramedicus
- ☐ Mutualiteit
- ☐ Andere, namelijk

V2 Hoe vaak nam u sinds Nieuwjaar 2007 deel aan een multidisciplinair overleg?

- ☐ (Bijna) Nooit
- ☐ Enkele keren
- ☐ Ongeveer één keer per maand
- ☐ Meerdere keren per maand

V3 Geeft u zelf zorg aan de zorgbehoevende personen waarvoor u MDS/RAI heeft ingevuld?

- ☐ Neen (bijv ondersteunende en coördinerende functies)
- ☐ Ja

Invullen MDS/RAI

V4 Hoe vaak heeft u de voorbije maanden een MDS/RAI ingevuld?

..... keer

V5 Voor hoeveel patiënten heeft u in totaal (gedurende de voorbije jaren) een MDS/RAI ingevuld (de patiënten van de voorbije maanden meegerekend)?

Op papier: keer

Via webapplicatie: keer

V6 Hoeveel tijd hebt u ongeveer besteed aan het invullen van uw laatste patiënt?

..... minuten

V7 Vond u het invullen van het RAI over het algemeen

- ☐ Zeer gemakkelijk
- ☐ Eerder gemakkelijk
- ☐ Noch moeilijk, noch gemakkelijk
- ☐ Eerder moeilijk
- ☐ Zeer moeilijk

V8 Hebt u na juni 2007¹⁵ problemen gehad bij het gebruik van de web-applicatie?

JA / NEEN

Zo ja welke?

.....

¹⁵ Er wordt gevraagd naar deze periode, omdat we geïnteresseerd zijn in de ervaren moeilijkheden van dit jaar. De ervaren problemen van vorig jaar werden in de voorgaande periode al bevraagd.

V9 Hebt u na juni 2007 nog problemen gehad met het invullen van MDS/RAI?

- In het algemeen JA / NEEN

Zo ja, welke?
.....
.....

- De vraagformulering JA / NEEN

Zo ja, welke?
.....
.....

- De antwoordmogelijkheden JA / NEEN

Zo ja, welke?
.....
.....

V10 Hebt u voor problemen met de webapplicatie of het invullen van MDS/RAI contact gehad met de helpdesk?

- ☐ Ja, ik heb zelf contact opgenomen
☐ Ja, de helpdesk heeft mij gecontacteerd
☐ Neen

V11 Vindt u het RAI een nuttig instrument?

	Helemaal niet	Eerder niet	Niet nuttig en niet onnuttig	Eerder wel	Zeer zeker
Algemeen					
Voor de inventarisatie van de zorgbehoeften					
Om een beter beeld te krijgen van de patiënt					
Om blinde vlekken te ontdekken					
Ter voorbereiding van het multidisciplinair overleg					
Om communicatie tussen de zorgverleners te bevorderen					
Ter voorbereiding van het zorgplan					

V12 Heeft u nog opmerkingen, suggesties, aanvullingen met betrekking tot het invullen van MDS/RAI?

.....

.....

.....

Resultaten

V13 Werden de aandachtsdomeinen (dit is de lijst met mogelijke aandachtspunten, waarvan enkele geactiveerd werden) tijdens het teamoverleg besproken?

- ☐ Ja, voor alle patiënten
- ☐ Ja, voor bepaalde, maar niet alle patiënten
- ☐ Neen

V14 Hebben deze aandachtsdomeinen volgens u een meerwaarde voor het multidisciplinair overleg? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ Ja
 - Nieuwe informatie (blinde vlekken)
 - Duidelijkere taakafspraken tussen zorgverleners
 - Structureren van overleg
 - Andere,
 -
- ☐ Neen
 - Geen nieuwe informatie
 - Resultaten zijn onduidelijk
 - Moeilijk taalgebruik voor de patiënt en zijn familie
 - Andere,
 -
- ☐ De resultaten werden voor geen enkele van mijn patiënten besproken

V15 Werden de schalen, meer bepaald de cognitieschaal, de depressieschaal en de ADL-schaal van MDS/RAI tijdens het teamoverleg besproken?

- ☐ Ja, voor alle patiënten
- ☐ Ja, voor bepaalde, maar niet alle patiënten
- ☐ Neen

V16 Hebben deze schalen volgens u een meerwaarde voor het multidisciplinair overleg?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

V17 Hieronder vindt u een overzicht van mogelijke redenen waarom de resultaten (dit zijn zowel de schalen als de aandachtsdomeinen) tijdens een teamoverleg niet besproken werden. Kan u aanduiden welke oorzaken bij u van toepassing waren (meerdere antwoorden zijn mogelijk):

- ☐ Het berekenen van de resultaten lukte niet, omwille van
 - ontbrekende antwoorden
 - tegenstrijdige antwoorden
 - deadline
 - andere
- ☐ De interpretatie van één of meer schalen was niet duidelijk
- ☐ De interpretatie van de aandachtsdomeinen was niet duidelijk
- ☐ Het printen van de resultaten lukte niet.
- ☐ De resultaten werden door het team beschouwd als
 - Niet waardevol
 - Onvolledig
 - Andere
- ☐ Tijdsdruk
- ☐ Andere, namelijk
- ☐ Niet van toepassing (alle resultaten werden besproken)

V18 Heeft u nog opmerkingen, suggesties, aanvullingen met betrekking tot de resultaten van MDS/RAI (dit zijn de aandachtsdomeinen en de schalen)?

.....

.....

Organisatie

V19 Op basis van de ervaringen van vorig jaar werden enkele veranderingen doorgevoerd. Hoe heeft u deze ervaren?

	Positief	Niet positief, maar ook niet negatief	Negatief
Starten vanuit huisarts Opmerking.....			
Selectie patiënten Opmerking.....			
Aantal dagen om MDS/RAI in te vullen Opmerking.....			
Het contacteren door de helpdesk van de contactpersoon (dit is de zorgverlener die het beste zicht heeft op de situatie van de patiënt) en / of de overlegcoördinator om de resultaten van MDS/RAI te bespreken Opmerking			
De overschakeling van de (langere) RAI home care naar de (kortere) RAIscreener Opmerking			

V20 Hebt u nog opmerkingen of suggesties ter verbetering?

.....

Na het invullen van MDS/RAI door de betrokken zorgverleners, werden de resultaten door de contactpersoon voor de patiënt in kwestie berekend. Indien u voor één of meer patiënten de resultaten berekend heeft, mogen wij u dan vragen onderstaande vragen in te vullen.

V21 De helpdesk heeft u gecontacteerd om samen de resultaten te berekenen en te bespreken. Hoe heeft u het bespreken van de resultaten ervaren?

	Ze positief	Eerder positief	Neutraal	Eerder negatief	Ze negatief
Berekenen resultaten met helpdesk Opmerking.....					
Bespreken resultaten met helpdesk Opmerking.....					
Bespreken resultaten tijdens teamoverleg Opmerking.....					

V22 Heeft u problemen ervaren bij het afprinten van

De gegevens van de patiënt	JA	NEEN	Niet van toepassing
De ingevulde vragenlijst	JA	NEEN	Niet van toepassing
De resultaten	JA	NEEN	Niet van toepassing

Wij danken u voor uw medewerking!

Bijlage 6: Topic-lijst telefonische interviews

Topic-lijst interviews zorgverleners

Algemene vraag:

Wat zijn je ervaringen met het RAI-project?

- ☐ Wat liep goed?
- ☐ Welke problemen ben je tegengekomen?
- ☐ Welke aspecten zijn voor verbetering vatbaar?

Meer in detail:

Hoe heb je volgende fasen ervaren:

- ☐ Het doorkrijgen van de informatie (webadres, paswoord, welke verwachtingen, handleiding, contactgegevens helpdesk...) Is dit voor verbetering vatbaar?
- ☐ Het surfen naar webpagina en het inloggen in het systeem
- ☐ Het terugvinden van de patiënt / cliënt
- ☐ Het invullen van MDS/RAI:
 - ☐ Naar verschillende secties gaan
 - ☐ Duidelijkheid van vragen en antwoorden
 - ☐ Help-functie: voldoende? Duidelijk?
- ☐ Heeft u hulp ingeroepen bij het gebruik van de web-applicatie?
 - ☐ Zo ja, van wie?
 - ☐ Heeft u de helpdesk gebruikt? Waarom (niet)?
 - ☐ Heeft u voldoende hulp ontvangen?
- ☐ Welke aspecten van de web-applicatie zijn voor verbetering vatbaar?
- ☐ Heeft invullen van MDS/RAI volgens u een meerwaarde? Zo ja, waarvoor? Waarom niet?
- ☐ Werden de resultaten tijdens team besproken?
 - ☐ Zijn resultaten duidelijk? Meer help-functie nodig? Zo ja, waar?
 - ☐ Hebben deze resultaten volgens u een meerwaarde? Zo ja, waarvoor? Waarom niet?
- ☐ Indien de overheid MDS/RAI op grote schaal zou willen implementeren, welke aanbevelingen zou je dan geven?

Topic-lijst overlegcoördinatoren

Algemene vraag:

Wat zijn je ervaringen met het RAI-project?

- ☐ Wat liep goed?
- ☐ Welke problemen ben je tegengekomen?
- ☐ Welke aspecten zijn voor verbetering vatbaar?

Meer in detail:

Hoe heb je volgende fasen ervaren:

- ☐ Voorbereiding van het overleg
- ☐ Doorgeven van de informatie aan de betrokken zorgverleners
- ☐ Het bespreken van de resultaten tijdens het team:
 - ☐ Werden de resultaten besproken?
 - ☐ Waren de resultaten duidelijk?
 - ☐ Hadden ze volgens u een meerwaarde tijdens het overleg?
- ☐ Welke aspecten zijn voor verbetering vatbaar?

- ☐ Indien de overheid MDS/RAI op grote schaal zou willen implementeren, welke aanbevelingen zou je dan geven?